

LE NEUROFIL

Le journal des jeunes neurologues



Actualités

Fin de vie en Neurologie, enjeux multiples
37^{ème} congrès de l'ANLLF
6^{ème} édition de la journée nationale d'accueil
des néo-internes

Cas clinique

Parkinson avancé, stratégies et innovations

Mode d'exercice

La carrière universitaire

Recommandations

La thrombolyse fête ses 30 ans !

Et bien d'autres sujets...

SOMMAIRE

BUREAU DE L'ANAINF 2025	...	04
COUP D'ŒIL SUR LES INSTANCES	...	05
FFN, SFN, SNN, CEN		
ACTUALITÉS	...	08
<ul style="list-style-type: none">• Journée de rentrée des internes• Retour du congrès de l'ANLLF• Fin de vie en Neurologie		
RECOMMANDATIONS	...	16
La thrombolyse fête ses 30 ans !		
TÉMOIGNAGE D'UNE ASSOCIATION DE PATIENTS	...	20
France AVC		
ENQUÊTE	...	23
Attractivité des carrières en Neurologie – Présentée aux J2N 2024		
CAS CLINIQUE	...	28
Optimiser la prise en charge du Parkinson avancé : Défis, stratégies et innovations		
MODE D'EXERCICE	...	32
La carrière universitaire, interview du Pr Igor SIBON, Président du CEN		
TÉMOIGNAGE	...	35
Une interne en Neurologie en stage à l'étranger : Yale (USA)		
CULTURE	...	37
La naissance de la Neurologie française : Les fondateurs		
LES ANNONCES DE RECRUTEMENT	...	40

Rédacteur en chef : Dr Pierre-Andréa CERVELLERA
Comité de rédaction : Dr Mickaël AUBIGNAT, Dr Elsa MHANNA, Alexandra DUPIC, François BOUILLE, Jérémie NEEL, Dr Pierre-Andréa CERVELLERA

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

Crédit photos : 123RF, Adobe Stock, ANAINF

ISSN : En cours

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.



ÉDITORIAL



Chers lecteurs, chères lectrices,

C'est un réel plaisir pour l'ANAINF (« Association nationale des assistants et internes en neurologie de France ») de vous présenter aujourd'hui le premier numéro de son journal officiel dont la parution sera semestrielle.

Il ne s'agit pas là d'une autre revue scientifique, mais d'un journal dans lequel chaque neurologue peut venir y partager une curiosité personnelle. Nous voulons aussi proposer ce journal comme un prolongement de l'ANAINF. Ce travail met en lumière les liens forts qui existent entre les internes et notre entraide dans différents projets qui permettent de faciliter les échanges entre les jeunes neurologues français.

Les auteurs seront aussi bien des internes, des neurologues universitaires, libéraux qu'hospitaliers... autrement dit ; il y en aura pour tous les modes d'exercices (et tous les âges !). Ce journal a aussi pour vocation d'être le relai des principaux messages concernant l'évolution de la neurologie.

Vous trouverez dans chaque numéro des sujets d'actualité, des recommandations, cas cliniques, témoignages d'association, interview d'un mode d'exercice, des focus sur les instances en neurologie, l'agenda des congrès et plein d'autres découvertes !

Pour ce premier numéro, vous pourrez lire un petit topo sur la fin de vie en neurologie qui est un thème d'actualité et débattu à l'Assemblée, la mise en avant de notre journée de rentrée de l'ANAINF qui accueille chaque année quasi toute la nouvelle promotion d'interne (!) et un retour sur le congrès des neurologues libéraux où plusieurs internes étaient présents en octobre 2024.

Nous souhaitons apporter une dimension pédagogique à notre journal qui fera la part belle à la thrombolyse pour commencer, et une mise au point sur la stratégie thérapeutique dans la maladie de Parkinson avancée autour d'un cas clinique.

L'objectif est également de donner la parole à des associations de patients qui se fédèrent autour d'une thématique et France AVC sera à l'honneur dans ce premier numéro.

En fin de journal, vous trouverez aussi toujours un petit encart « culture » et aujourd'hui, c'est un retour en arrière sur l'histoire de la neurologie française !

C'est bien sûr un grand honneur pour moi d'en être le rédacteur en chef et l'ensemble de l'équipe remercie les rédacteurs de ce premier numéro.

Puisque le journal est le vôtre, si vous avez des suggestions d'articles, des questions et si vous souhaitez participer aux prochains numéros, n'hésitez pas à nous écrire :

contact.neurofil.anainf@gmail.com !

En vous souhaitant une très bonne lecture.



Dr Pierre-Andréa CERVELLERA
Rédacteur en chef « Le Neuro Fil »



BUREAU DE L'ANAINF 2025



Pierre-Andréa CERVELLERA
Président



Nicolas ALLARD
Co-Président
Trésorier



Alexander BALCERAC
Past-Président
EAN



François BOUILLE
Secrétaire général
Relations ISNI et inter-régions



Jade LEVERT
Guide de l'interne



Adrien DE LATAILLADE
Post-internat
Guide de l'interne



Fabien GONIN
Communication



Jérémy NEEL
Formation, journée de rentrée
et partenariats



Alexandra DUPIC
Formation et journée de rentrée



Louis PETRESCU
Evènementiel



Contact

-  secretaire@anainf.fr
-  www.anainf.fr
-  **Page Facebook** « Anainf »
Groupe Facebook « ANAINF - Assistants et Internes de Neurologie de France »
-  **Youtube** : Videocast ANAINF
-  **Instagram** : anainf_officiel

COUP D'ŒIL SUR LES INSTANCES



Pr Alain CRÉANGE
Président de la FFN



**FÉDÉRATION
FRANÇAISE DE
NEUROLOGIE**

La **Fédération Française de Neurologie (FFN)** est l'interlocutrice des différentes instances de la santé telles que le ministère de la Santé, la haute autorité de santé, le Conseil national de l'Ordre des médecins, l'agence nationale de sécurité des médicaments, parce qu'elle représente l'ensemble des neurologues, quelles que soient leurs modalités d'exercice.

La FFN est une organisation tripartite, représentant les neurologues exerçant en libéral, dans les centres hospitaliers généraux et en centre hospitalier universitaire et porte le nom officiel de conseil national professionnel de neurologie.

La neurologie est une discipline dynamique et pleine d'espoir. Des progrès considérables ont transformé et continuent à faire évoluer la discipline neurologique. C'est la révolution de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, l'utilisation de techniques neurochirurgicales, les développements des nouvelles cibles thérapeutiques médicamenteuses et les mesures de prévention pour les

pathologies neurodégénératives, et les thérapies immunologiques des maladies neuro-inflammatoires.

Si ces nouveautés sont connues des internes, la formation médicale se poursuit au-delà du troisième cycle de formation initiale. La FFN a pour mission de mettre en œuvre la nouvelle certification des médecins qui complète le dispositif de développement professionnel continu. Les internes et les nouveaux diplômés trouveront toutes les informations auprès de la FFN.

La FFN favorise la diffusion d'informations et des nouveautés de la discipline vers l'ensemble des neurologues. À ce titre, elle permet aux internes de mieux appréhender leur avenir et faciliter leur choix professionnel.

<https://www.ffn-neurologie.fr>





COUP D'ŒIL SUR LES INSTANCES



Pr Sophie DUPONT

Secrétaire générale de la SFN



Société Française de Neurologie

La **Société Française de Neurologie (SFN)** est une société savante reconnue d'intérêt général ouverte à tous les neurologues quel que soit leur mode d'exercice et leur âge.

Sa mission essentielle est la promotion de la recherche clinique, et de l'excellence en neurologie.

Les réunions nationales

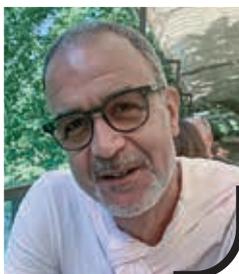
La SFN organise quatre réunions par an.

1. Les Journées des Jeunes Neurologues et de la Recherche clinique (ou J2N) en partenariat avec le CEN et l'ANAINF qui se tiennent chaque année en janvier à Paris.
2. Les sessions SFN et SFN junior des JNLF.
3. Les Journées Internationales.
4. La journée du Président et la journée d'automne en alternance.

Les bourses

Dans le cadre des bourses JNLF, la SFN attribue chaque année une bourse pour un master 2. La SFN peut également donner des subventions à de jeunes internes ou CCA désirant se rendre au congrès de l'EAN pour présenter leurs travaux.

Pour tout renseignement :
www.sf-neuro.org



Dr Farid YEKHLEF

Président du SNN



Le **syndicat national des neurologues (SNN)** est le seul syndicat de la spécialité au sein duquel les différents modes d'exercice de la neurologie sont représentés : hospitalier, hospitalo-universitaire et libéral. Il est membre de la Fédération Française de Neurologie et membre de la centrale syndicale, CSMF, lui permettant d'être informé régulièrement de l'actualité politique et sociale dans le domaine de la santé. L'information est diffusée auprès des adhérents par lettre et via son site web.

Le SNN représente les neurologues auprès des différentes instances de l'État, la CNAM, l'Ordre des médecins et les médias. Il défend les intérêts de ses adhérents, et les accompagne en cas de différends avec la CPAM, ou toute autre instance. Il représente la neurologie française au sein du bord européen des spécialités médicales.

Le SNN organise des formations sous formes de DPC ou d'ateliers dans les congrès nationaux, ou lors des journées dédiées. Diverses thématiques sont proposées, couvrant l'ensemble de la neurologie à l'exercice médical quotidien comme la maîtrise de la codification d'actes, la certification, les questions juridiques, ou encore la préparation à l'installation.

Le SNN est à la disposition des jeunes neurologues pour les conseiller et les accompagner afin de réussir leurs projets professionnels.

www.syndicat-national-neurologues.org





Pr Igor SIBON
Président du CEN



collège des enseignants
de neurologie

Le **Collège des Enseignants de Neurologie (CEN)** est une instance académique dont l'objectif principal est de structurer et de coordonner l'enseignement de la neurologie, répondant ainsi à la nécessité d'uniformiser cette formation à l'échelle nationale.

Le CEN est composé de l'ensemble des neurologues hospitalo-universitaires titulaires, PUPH et MCU-PH. Il est dirigé par un président et son vice-président accompagné par un secrétaire et un trésorier. Le bureau exécutif est constitué de 15 membres, 13 PUPH et 2 MCU-PH, élus pour un mandat de 4 ans et représentant la diversité des spécialités de la neurologie ainsi que les différentes régions à l'échelle du territoire.

Ces membres travaillent en concertation pour définir les objectifs pédagogiques, harmoniser les programmes de formation et évaluer les compétences des futurs neurologues. Les missions du CEN sont principalement centrées sur l'enseignement de la neurologie au cours du cursus de formation médicale initiale, du premier au troisième cycle.

Au cours du premier cycle le CEN a pour objectif de promouvoir un apprentissage des bases fondamentales en neurosciences dans les domaines de l'anatomie et physiologie du système nerveux central et périphérique, l'acquisition de la sémiologie neurologique et l'initiation au raisonnement médical appliqué aux affections du système nerveux. Ces enseignements ont donné lieu à l'élaboration par le CEN d'un ouvrage de référence : Les Fondamentaux de la pathologie neurologique. À ce stade le Collège travaille en collaboration avec d'autres disciplines (anatomie, biologie cellulaire, physiologie) pour une vision intégrée des fonctions neurologiques.

Durant le second cycle le CEN a pour objectif de proposer un programme de formation préparant les étudiants à reconnaître, comprendre et gérer les pathologies neurologiques en vue de leur futur rôle d'interne ou de médecin généraliste. Les enseignants du CEN contribuent à la rédaction du référentiel de neurologie du second cycle, ouvrage de référence des Epreuves Dématérialisées Nationales. Des membres du Collège sont ainsi impliqués dans la rédaction des épreuves permettant de garantir la cohérence entre enseignements et évaluations nationales.

Le CEN a aussi pour mission de développer de nouvelles modalités pédagogiques et apporte son soutien à des initiatives innovantes telles que « The Move » et la création de podcasts de neurologie.

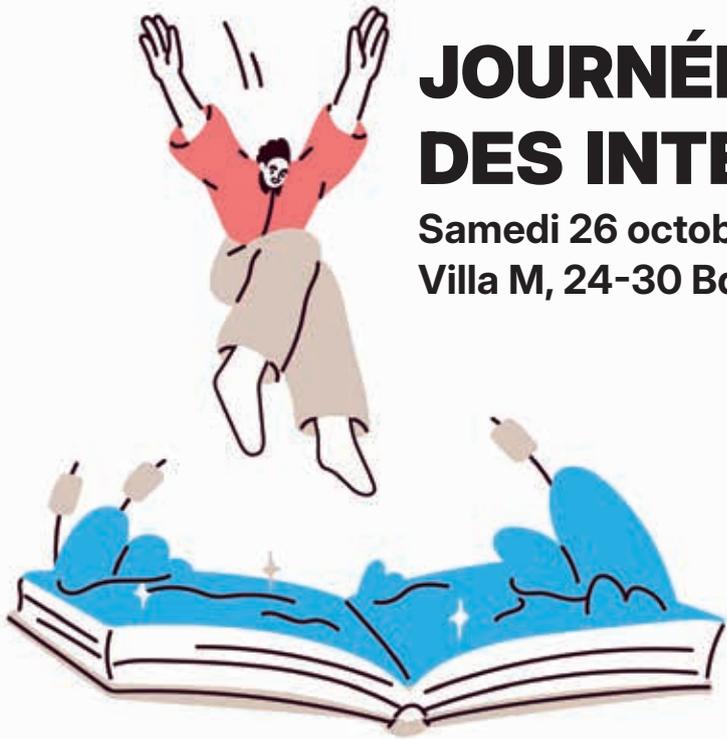
Dans le cadre du 3^{ème} cycle le rôle du CEN est à la fois de proposer une maquette de formation permettant à tout interne de neurologie d'acquérir les connaissances et compétences nécessaires à l'exercice de la neurologie générale, d'élaborer des outils de formation et de s'assurer de la qualité des acquisitions au travers d'évaluations de chaque phase de formation. Dans ce contexte le CEN a fortement œuvré auprès des instances ministérielles pour l'obtention d'un allongement de la formation du DES de neurologie à 5 ans. Il s'investit aussi dans la formation pédagogique des neurologues libéraux pour leur permettre d'acquérir les compétences nécessaires à l'accueil des internes de neurologie favorisant ainsi la découverte d'un champ de la neurologie souvent négligé. Le CEN a de plus un rôle dans la formation continue des neurologues au-delà de leur cursus de formation initiale et collabore notamment avec la Société Française de Neurologie et les Journées de Neurologie de Langue Française à l'élaboration de programmes d'enseignements spécifiques au travers de conférences et webinaires pluriannuels.

L'implication du CEN dans l'attractivité hospitalo-universitaire repose sur une approche globale combinant pédagogie, recherche et valorisation des carrières. Le CEN est ainsi très investi dans la réflexion sur les conditions d'exercice professionnel spécifique de la carrière hospitalo-universitaire alliant clinique, recherche et enseignement mais aussi sur les mobilités ou les retraites. Il contribue, en étroite collaboration avec le Collège National des Universités (CNU) de Neurologie, à l'accompagnement des candidats à une carrière hospitalo-universitaire.

Enfin, le CEN est un membre de la Fédération Française de Neurologie et contribue ainsi, en partenariat avec l'ensemble des instances de la neurologie, au développement et au rayonnement de la neurologie à l'échelle nationale.

www.cen-neurologie.fr





JOURNÉE DE RENTRÉE DES INTERNES

Samedi 26 octobre 2024

Villa M, 24-30 Bd Pasteur, 75015 Paris



Dr Pierre-Andréa CERVELLERA

Docteur junior
Amiens

Pour la 6^{ème} année consécutive, le bureau de l'ANAINF réunissait la nouvelle promotion d'internes à Paris sur une journée !

Toujours dans la bonne ambiance et avec le même objectif : rassurer les néo-internes avant de prendre leur fonction !

Cette année, c'est presque **80 internes** qui sont venus de tous les coins de France et qui s'étaient réunis pour partager la journée ensemble.

Nous avons pu louer avec l'aide de notre partenaire GPM un lieu permettant d'accueillir tout le monde avec une grande salle de conférence et 2 salles réservées aux ateliers, sans oublier un grand espace pour les exposants.

Le matin, les internes étaient reçus avec un **petit-déjeuner** (cafés, thés, eaux, jus de fruits et viennoiseries) à 9h puis la journée a débuté par la **présentation du DES de Neurologie** par le Pr Igor Sibon (président du collège des enseignants, en visio depuis Bordeaux). Ce qui a permis de poser le cadre de l'internat, la formation et tout son déroulement.





Ensuite, nous avons organisé un moment « **kit de survie de l'interne** » où différentes présentations ont été réalisées pour mieux appréhender les situations que l'on peut rencontrer en débutant nos gardes de neurologie.

Jérémy Neel a rappelé autour d'un cas clinique l'enchaînement d'une **alerte thrombolyse** avec tous les éléments à penser. Adrien de Lataillade a présenté les **bases de l'épilepsie** avec notamment la prise en charge de l'état de mal et a rappelé les grands cadres nosologiques des **neuropathies périphériques**. Alexandra Dupic a rappelé le raisonnement à avoir face à une **céphalée** et enfin Pierre-Andréa Cervellera a montré comment la **neuro-radiologie** pouvait nous être utile !

Nicolas Allard a ensuite clôturé la matinée en expliquant aux internes « **comment apprendre durant l'internat** » en présentant pleins d'outils et d'aides ! Il a rappelé l'utilité de la bibliographie, de la lecture de revues, d'assister à des congrès, des staffs, sans oublier comment organiser sa journée en salle... !

Le midi, tout le monde était invité à **déjeuner au Flam's** à 10 mn de Villa M (très pratique pour déplacer toute une promo d'internes !). C'était une belle idée pour discuter tous ensemble et apprendre à tous se connaître !

Après la formule « flammekueches à volonté », nous avons enchaîné par la mise en place d'**ateliers** en petit comité (pas de sieste, au grand regret de certains...).

L'ensemble des internes était invité à choisir 2 ateliers parmi 3 (même si à la fin de la journée, chacun avait eu toutes les infos qu'il souhait, bien sûr !). Ainsi pendant 1h30, on a assisté à des présentations sur la **thèse de sciences et le master 2** (« à quoi ça sert ? »), un petit topo sur les **FST, option, DU, DIU** (comment s'inscrire, est-ce obligatoire ?) et un autre groupe discutait de la possibilité de réaliser un **inter-CHU et de prendre une disponibilité** (est-ce utile, à quel moment de l'internat ?).





Après cet instant « ateliers », les internes ont bénéficié d'une **présentation de l'ANAINF** (ils ont bien vu qu'elle était présente, et partout !).

Après une petite pause méritée, nous avons réalisé une **table ronde sur les différents modes d'exercice de la neurologie** autour de 4 pratiques différentes. Les internes ont donc pu discuter et poser leurs questions librement au Pr Charlotte Rosso (PU-PH, Paris), Dr François Sellal (neurologue hospitalier pour le CNNHG), Dr Sylvie Lavernhe (responsable jeunes installés pour les neurologues libéraux – ANLLF) et le Dr Clotilde Nardin (neurologue en centre de santé avec activité mixte hospitalière). Un moment très apprécié de tous !

Et évidemment, après cette belle et riche journée, nous nous sommes retrouvés pour boire un verre avant que tout le monde reparte de là où il vient... et de nous retrouver aux différents congrès !



Quelques exemples de retour en « vrac » des internes...

- « Intéressant et nécessaire vu le peu d'informations que l'on a durant l'externat »
- « C'était top ! Très très utile et complet »
- « Très bien »
- « Très instructif »
- « Super ! C'est une chance de pouvoir échanger avec des personnes ayant de l'expérience à propos de ces sujets »
- « C'était pas mal de pouvoir avoir des explications car au final on en entend peu parler avant »
- « Très utile »
- « Excellent !! »
- « A bien répondu aux différentes questions que je me posais sur la spécialité, merci beaucoup ! »
- « Super ! Rassurant et motivant, très bonne ambiance »
- « C'était vraiment top, très utile et rassurant avant de commencer l'internat. Trop bien aussi pour rencontrer nos co-internes nationaux »
- « Vraiment très très bien, un programme complet qui correspondait à mes questions, les intervenants étaient très bienveillants »
- « C'est une très bonne initiative ! Permet de rassurer les néo-internes et de faire connaissance - Intervenants dynamiques »
- « Génial ! »
- « Très bonne journée, beaucoup d'informations utiles dans un cadre agréable »
- « C'était vraiment chouette, 10/10, merci à vous d'avoir organisé la journée »
- « Journée dense mais tout était intéressant »
- « Très bien ! J'ai passé une belle journée merci »





Valentine BARTHEL
3^e semestre
Île-de-France

RETOUR SUR LE 37^e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES NEUROLOGUES LIBÉRAUX DE LANGUE FRANÇAISE (ANLLF) À AVIGNON

OCTOBRE 2024

Du 03 au 05 octobre 2024 a eu lieu le 37^e congrès de l'Association des neurologues libéraux de langue française. Depuis plusieurs années, ce congrès s'inscrit dans la volonté de fédérer la neurologie libérale autour de thématiques brûlantes d'actualité et essentielles pour la pratique.

Cette année, c'est dans le cadre historique et pittoresque d'Avignon que les participants se sont retrouvés. La ville, marquée par son patrimoine exceptionnel, a offert un cadre idéal pour cet événement scientifique et convivial.

Le Palais des Papes, monument phare d'Avignon, a servi de siège à ce congrès, où se sont succédé des interventions de grande qualité.

Le programme a débuté le 3 octobre par une après-midi dédiée aux ateliers pratiques sur l'électroneuromyographie, le neurovasculaire et les démences fronto-temporales comportementales. Ces ateliers interactifs ont été une excellente opportunité d'approfondir les connaissances dans ces domaines clés de la neurologie.





Les jours suivants ont été marqués par des conférences plénières et des présentations scientifiques. Les thématiques abordées étaient variées, allant du neurovasculaire, à la dysimmunité, l'épileptologie, la neurophysiologie et la neuroimagerie, avec même un parallèle sur l'art en science. À titre d'exemple, Dr Teodor Danaila a apporté des éléments thérapeutiques à proposer dans la prise en charge des douleurs neuropathiques ; Dr Catherine Thomas-Antério nous a parlé du chevauchement syndromique entre des pathologies psychiatriques et les présentations comportementales de maladies neurologiques ; Dr Réjane Rua nous a expliqué les avancées de recherche fondamentale sur l'impact des infections au cours de la vie dans la genèse des maladies neurodégénératives ; Dr Louis Terrier a évoqué des cibles thérapeutiques chirurgicales dans les douleurs craniofaciales résistantes ; Pr Honorat a captivé l'audience avec une présentation sur les effets secondaires neurologiques des inhibiteurs de checkpoints immunitaires. Cette liste ne se veut bien évidemment pas exhaustive. Tous les intervenants ont ainsi partagé leurs recherches et expertises, enrichissant la compréhension des avancées récentes et des défis à venir dans le domaine de la neurologie.

Une session particulière a été réservée aux internes, où nous avons eu l'opportunité de présenter des projets de recherche/thèse et des cas cliniques dans la prestigieuse salle des Conclaves. Cet espace architectural unique et chargé d'histoire a donc



accueilli nos présentations devant un public tout particulièrement bienveillant. Fiene Marie Kuijper a présenté un projet de TEP-FDG dans les encéphalites auto-immunes ; François Bouille a parlé de l'implication de la lipoprotéine Lp(a) dans le risque d'accident vasculaire cérébral et j'ai moi-même présenté un cas clinique d'un patient myasthénique.

Au-delà des moments scientifiques, le congrès a aussi offert de belles opportunités de rencontres informelles et de détente. Le soleil radieux de ce début octobre a permis aux congressistes de déambuler dans les ruelles de la ville et de découvrir un panorama qui a inspiré de nombreux artistes, à l'instar de Van Gogh. Le 3 octobre, une soirée cocktail fluviale, organisée sur un bateau naviguant sur le Rhône, a été l'occasion idéale pour découvrir

la ville d'Avignon sous un angle inédit. Ce moment convivial a permis aux participants d'échanger dans une ambiance chaleureuse et détendue. Le lendemain soir, un dîner festif a clôturé le congrès avec l'intervention de Gilles Ramade, pianiste-chanteur-comédien, qui a su mêler musique et humour, créant une ambiance de partage unique.

Pour conclure, ce 37^e congrès de l'ANLLF a été un véritable succès, alliant formation, échange de connaissances et moments conviviaux. Un grand merci aux organisateurs, aux intervenants et à tous les participants pour avoir contribué à faire de cet événement une véritable parenthèse hors du temps.





Dr Elsa MHANNA
Paris

FIN DE VIE EN NEUROLOGIE UNE SPÉCIALITÉ POUR MULTIPLES ENJEUX

La conception de la mort a longtemps oscillé entre sacralisation et médicalisation depuis l'accélération des découvertes médicales à la fin du 19^e siècle. Avec l'essor de la médecine hospitalière, elle s'est progressivement déplacée du foyer vers l'hôpital. C'est naturellement dans ce cadre que se sont développés les concepts d'accompagnement, de soins palliatifs, de soins curatifs, d'acharnement thérapeutique et d'aide active à mourir.

En neurologie, l'approche de la mort est multidimensionnelle. Elle n'implique en effet pas toujours l'arrêt des fonctions vitales : il existe dans plusieurs pathologies une érosion de l'identité sociale de la personne : une fin de la vie avant la mort biologique. Certaines pathologies impliquent une perte brutale de la conscience et un état végétatif prolongé. Ces situations et d'autres font de la fin de vie en neurologie un sujet particulièrement délicat et pluriel. Il ne s'agit donc pas d'une fin de vie mais de fins de vies qu'il faut aborder dans notre spécialité. Un consensus existe cependant, celui en faveur d'une prise en charge visant à soulager la souffrance sous toutes ses formes, malgré les spécificités de chaque pathologie que nous aborderons brièvement dans cet article.

La maladie d'Alzheimer : disparition de l'identité et perte d'autonomie

Dans la maladie d'Alzheimer, l'altération des fonctions cognitives et comportementales impactent le rapport à soi et au monde. La perte de repères, l'atteinte des processus de prises de décisions, de choix mais aussi les symptômes psycho-comportementaux compliquent par ailleurs l'évaluation de la souffrance dans toutes ses dimensions. À mesure que la pathologie évolue et que l'autonomie se réduit, la communication avec le patient devient

compliquée avec un risque accru de troubles de la déglutition et de pneumopathies d'inhalation pouvant accélérer la mort. L'enjeu de l'accompagnement dans ce cadre doit se centrer sur le respect des directives anticipées du patient dans ce contexte de modification identitaire, la sensibilisation à l'évolution des capacités de communication et d'expression et l'identification des symptômes de souffrance pour les prendre en charge.



La maladie de Parkinson : rigidité, perte de communication et mouvements anormaux

La fin de vie dans la maladie de Parkinson est progressive et accompagne un déclin moteur allant d'un tableau de rigidité à l'émergence de mouvements anormaux parfois sources de souffrance importante. Elle s'accompagne de symptômes non moteurs cognitifs, comportementaux et autonomiques. Il est question d'anticiper, d'adapter le traitement et d'éviter les effets secondaires notamment dans une pathologie dans laquelle les options thérapeutiques

sont multiples alliant thérapies médicamenteuses, interventionnelles et chirurgicales avec la stimulation cérébrale profonde. L'enjeu de l'accompagnement dans ce contexte repose sur une approche pluridisciplinaire qui implique une collaboration entre spécialistes de la pathologie et des soins palliatifs pour trouver un équilibre entre le soulagement des symptômes, le maintien du confort et l'adaptation aux fluctuations de la maladie en fin de vie.

L'accident vasculaire cérébral : temporalité, séquelles lourdes et décisions complexes

Dans l'AVC, la fin de vie présente une variabilité importante tant dans la temporalité de sa survenue que dans la gravité des atteintes en lien avec la topographie lésionnelle. Dans certains cas, la conscience est altérée avec coma voire état végétatif ; dans d'autres cas, le patient peut présenter une perte d'autonomie majeure sur atteinte motrice étendue avec survenue brutale d'un état de dépendance totale. Les questions éthiques qui surgissent dans ce contexte

sont des questions d'équilibre entre la prise en charge en urgence et les frontières de l'acharnement thérapeutique. Avec le développement de nombreuses techniques interventionnelles, l'importance des directives anticipées et de l'évaluation continue de la souffrance ainsi que du pronostic fonctionnel joue un rôle clé dans la prise de décision dans ces situations.

Sclérose en plaques : entre poussées imprévisibles et progression

Selon la forme de la SEP, l'évolution de la pathologie est variable entre les formes à poussées et d'emblée progressives entraînant donc une atteinte fluctuante des capacités fonctionnelles et rendant l'anticipation de la fin de vie plus complexe. Dans des phases avancées, il existe une atteinte de l'autonomie avec dépendance, des douleurs en lien avec des symptômes de spasticité par exemple et parfois même

des signes cognitifs altérant le jugement ou la communication. L'enjeu de l'accompagnement en fin de vie dans la SEP est donc son évolution imprévisible : certaines périodes d'aggravation peuvent être suivies de phases de stabilisation relative, compliquant la prise de décision médicale et éthique, notamment concernant l'arrêt ou la limitation des traitements de fond ou symptomatiques.

Épilepsie : de la mort subite aux formes sévères

Bien que moins abordée, la fin de vie dans l'épilepsie est un sujet qui peut porter ses particularités. En effet, dans les crises pharmaco-résistantes, la fréquence des crises peut entraîner une perte d'autonomie, une souffrance morale importante (dépression et anxiété) et une atteinte cognitive

pouvant altérer la communication et la prise de décisions en situation de fin de vie. La dépendance aux traitements, parfois à forte dose, pose aussi la question de leur ajustement en soins palliatifs pour limiter les effets secondaires tout en prévenant les crises.

Sclérose latérale amyotrophique : perte d'autonomie majeure et gestion de la souffrance

Si une pathologie devait incarner l'exemple même utilisé dans les débats sociétaux sur la fin de vie, il s'agit bien de la sclérose latérale amyotrophique (SLA). En effet, la fin de vie dans la SLA est marquée par une paralysie progressive des muscles, entraînant une dépendance totale et une perte d'autonomie complète. L'un des aspects les plus redoutés est l'insuffisance respiratoire, conséquence de l'atteinte

des muscles respiratoires, qui devient la principale cause de décès. L'enjeu principal de l'accompagnement dans ce contexte est de soulager la détresse respiratoire, la douleur et les symptômes de souffrance morale tout en anticipant les directives anticipées du patient quant à la ventilation invasive et la nutrition parentérale.

Quels enjeux de l'accompagnement en fin de vie dans les pathologies neurologiques en France ?

L'avenir de la fin de vie en neurologie en France repose sur une prise en charge globale, éthique et personnalisée, intégrant les avancées médicales tout en respectant les volontés et la dignité des patients pour éviter les situations de souffrance tout en les identifiant.

Pour progresser dans cette prise en charge, plusieurs pistes semblent essentielles :

- Renforcer la formation à l'éthique médicale dans les cursus de neurologie et de soins palliatifs.
- Développer des unités spécialisées en soins palliatifs neurologiques, en favorisant une collaboration étroite entre les deux disciplines.
- Encourager l'utilisation des directives anticipées, afin d'éviter les conflits éthiques et faciliter la prise de décision.
- Créer des outils d'évaluation de la souffrance adaptés aux pathologies neurologiques, en intégrant les avancées de l'intelligence artificielle et des neuro-technologies.
- Sensibiliser les neurologues aux débats sur l'aide active à mourir, en anticipation des éventuelles évolutions législatives.



RECOMMANDATIONS

LA THROMBOLYSE FÊTE SES 30 ANS !



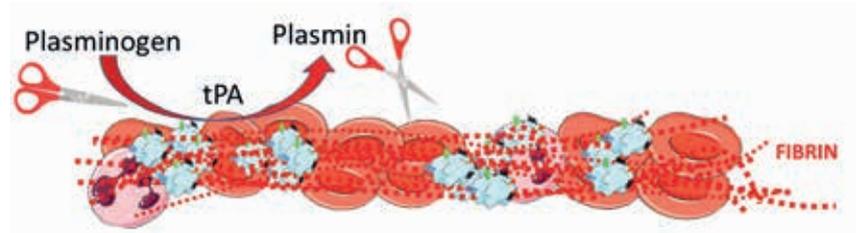
Alexandra DUPIC
Interne en 3^{ème} semestre
Paris



Jérémy NEEL
Interne en 6^{ème} semestre
Amiens

Vous l'avez appris lors de votre internat : « Time is Brain », chaque minute, plus de 2 millions de neurones meurent. De l'époque du Kardégic à la thrombolyse et à la thrombectomie, revenons sur l'histoire du rt-PA et revivons les moments clés qui ont marqué la neurologie vasculaire !

Wake-up, Extend, ECASS 3... des noms d'études emblématiques, mais il n'est pas toujours facile de se rappeler de leurs résultats.



Adapté de Ho-Tin-Noé, B., Desilles, J.-P. & Mazighi, M. Thrombus composition and thrombolysis resistance in stroke. *Res Pract Thromb Haemost* 7, 100178 (2023).

En 1995, alors que Microsoft lançait son système d'exploitation révolutionnaire, **Windows 95**, l'étude NINDS¹ (National Institute of Neurological Disorders and Stroke) représentait elle aussi un tournant majeur dans la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique. Cette étude pionnière démontrait que l'administration précoce de tissu plasminogène activé (t-PA), dans les 3 heures suivant l'apparition des symptômes, permettait d'améliorer de manière significative les chances de récupération fonctionnelle des patients (NNT = 8 pour un score de Rankin ≤ 1). Ces conclusions ont joué un rôle crucial dans l'approbation du t-PA comme traitement standard de l'AVC ischémique aiguë, une avancée qui a transformé la prise en charge de cette pathologie. Rappelez-vous qu'auparavant, seul le Kardégic était utilisé. Il est aussi important de noter que l'imagerie utilisée dans cette étude était le scanner cérébral sans perfusion (l'IRM lors de l'alerte AVC n'est pas la norme partout !).

Il faudra attendre quelques années, en 2008, année où Barack Obama a été élu 44^e président des États-Unis, pour que la publication de l'étude ECASS III permette d'étendre la fenêtre thérapeutique de la thrombolyse par alteplase à 4,5 heures du début des symptômes (NNT = 14 pour un score de Rankin ≤ 1). Soulignons à nouveau que la très grande majorité des diagnostics reposait sur un scanner cérébral sans perfusion (seulement 6 % d'IRM cérébrale étaient utilisées)². De plus en plus souvent évoqué dans les études, le concept de pénombre

et d'oligohémie apparaît. En 2008, l'étude « Echoplanar Imaging Thrombolytic Evaluation Trial » (EPITETH) suggère l'intérêt de l'imagerie avancée pour prolonger le délai de thrombolyse au-delà de trois heures. Le but était de comparer les séquences de perfusion et de diffusion en IRM afin de déterminer la zone de pénombre (zone susceptible de redevenir viable en cas de reperfusion)^{3,4}. En 2014, année du baccalauréat pour les personnes nées en 1996, la méta-analyse d'Emberson et al., reprenant les études NINDS (1995), ECASS II (1998), ECASS III (2008), ATLANTIS (2002), EPITETH, et IST-3 (soit 6756 patients), valide l'efficacité de l'alteplase pour les AVC ischémiques dans les 4,5 heures suivant le début des symptômes. L'alteplase est plus efficace lorsqu'elle est administrée tôt :

- 0-3 h : 32,9 % des patients ont une récupération fonctionnelle (Rankin 0-1) sous alteplase vs. 23,1 % sous placebo (OR 2,55 ; p < 0,001).
- 3-4,5 h : 35,3 % vs. 30,1 % (OR 1,44 ; p < 0,001).
- 4,5-6 h : 32,6 % vs. 30,6 % (OR 1,15 ; p = 0,05).
- Après 6 h : Pas de bénéfice démontré.

Le bénéfice est maximal dans les 3 premières heures, avec un effet encore présent entre 3 et 4,5 heures. Après 4,5 heures, l'efficacité est plus faible et les risques hémorragiques augmentent⁵. Rappelons que tous ces essais sont réalisés lorsque le début des symptômes est connu !



Et si l'heure de début des symptômes n'est pas connue ?

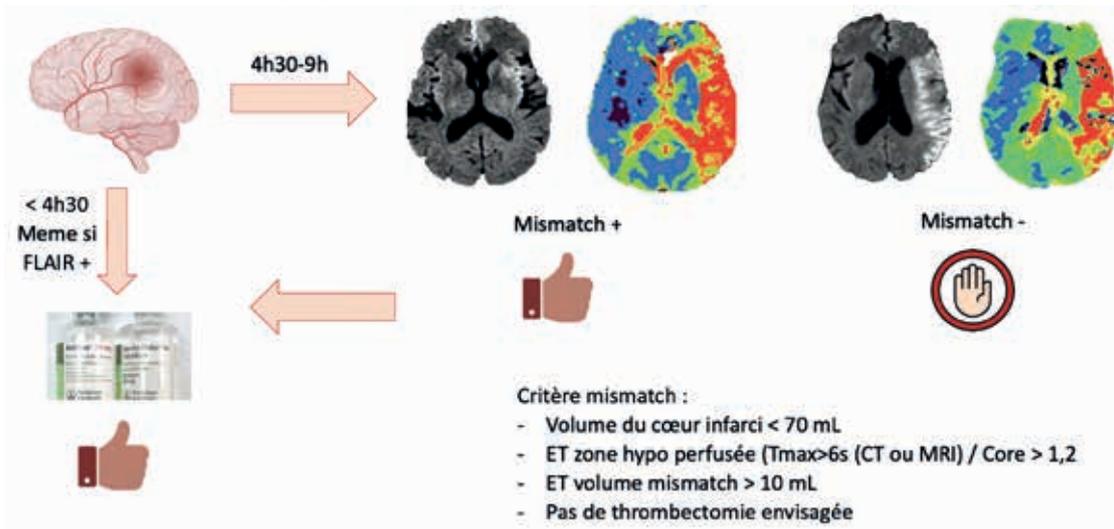
En 2018, alors que la France célèbre la victoire de la Coupe du Monde, l'étude **WAKE-UP** permet elle aussi de célébrer les premiers résultats de la thrombolyse en cas d'heure de début des symptômes inconnue. Basée sur le critère du mismatch diffusion/FLAIR (hypersignal diffusion non visible en FLAIR), cette étude suggère un bénéfice de la thrombolyse (NNT : 9 pour un score de Rankin ≤ 1) chez des patients

non inclus auparavant devant l'incertitude du timing : pratique pour les AVC du réveil⁶ ! Notons que les patients éligibles à la thrombectomie étaient exclus. Au-delà de 4h30, **si le patient n'est pas éligible à la thrombectomie**, l'étude **EXTEND**⁷ permet de suggérer un bénéfice de la thrombolyse chez les patients avec des symptômes (entre 4,5h et 9h) ou un AVC du réveil et un mismatch diffusion/perfusion définit

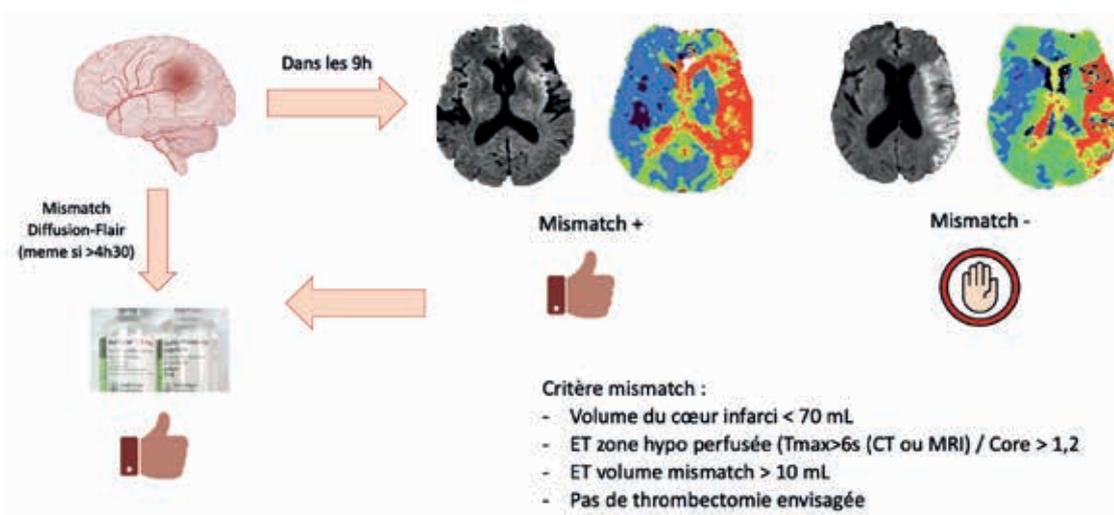
comme : Un ratio de volume entre la zone hypo-perfusée et la zone irréversiblement ischémisée > 1,2. Un volume hypoperfusion > 10 ml avec un noyau ischémique en diffusion < 70 ml⁷. Ces résultats sont également confirmés dans la méta-analyse de Campbell et col. de 2019⁸ incluant EXTEND ECASS 4 et EPITHET (414 patients), sans augmentation significative de la mortalité.

En pratique, que disent les recommandations concernant la thrombolyse par altéplase ? (ESOC 2021)

Si l'heure de début des symptômes est connue



Si l'heure de début des symptômes est inconnue



Quelques précisions

AVC ischémiques mineurs avec déficit cliniquement pertinent (en général : présence d'une hémianopsie latérale homonyme, aphasia, négligence, déficit moteur > 2) et de moins de 4,5h : TIV AVC ischémiques sévères NIHSS > 25 et < 4h30 : TIV.



RECOMMANDATIONS

Et la ténecteplase ? On en parle beaucoup...

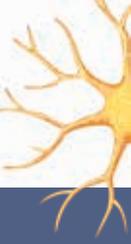
La ténecteplase est une forme génétiquement modifiée de l'alteplase. Elle a le même mode d'action que l'alteplase, en activant la transformation du plasminogène en plasmine pour lyser les caillots. Cependant, elle est 80 fois plus résistante au PAI-1, ce qui lui permet de rester active plus longtemps dans la circulation, avec un effet fibrinolytique plus durable. Elle est aussi plus spécifique de la fibrine, ciblant préférentiellement les thrombus et réduisant le risque de fibrinolyse systémique et de saignement. Sa demi-vie plus longue (22 minutes) permet une administration **en bolus unique** de 0,25 mg/kg (max 25 mg), contrairement à l'alteplase qui nécessite un bo-

lus suivi d'une perfusion. Initialement développée pour les infarctus du myocarde, la ténecteplase est désormais utilisée dans la prise en charge des AVC ischémiques⁹.

Voici les études récentes sur cette molécule :

Voici les études récentes sur cette molécule :

Études	Nombre	Critères	Résultats principaux
ACT (2022), Lancet 	1558 patients	AIC < 4,5h NIHSS médian 10 25 % LVO, 505 TM TNK vs rt-PA Non-infériorité, marge 5 % mRS à J90	36,9 % des patients du groupe ténecteplase et 34,8 % des patients du groupe alteplase présentaient un score mRS de 0-1 à 90-120 jours (différence de risque non ajustée de 2,1 % [IC à 95 % -2,6 à 6,9], respectant le seuil de non-infériorité préspecifié à 5 %) Taux hémorragie et mortalité similaires
ATTEST 2 (2024), Lancet 	1858 patients	AIC < 4,5h NIHSS médian 10 TNK vs rt-PA Non-infériorité, marge 5 % mRS à J90	TNK non inférieur à rt-PA mais pas supérieur (OR 1,07 ; IC à 95 % 0,90-1,27 ; p pour la non-infériorité <0,0001 ; p=0,43 pour la supériorité) Taux hémorragie et mortalité similaires
TRACE 2 (2023), Lancet 	1430 patients	AIC < 4,5h NIHSS médian 6 Non éligible à la TM TNK vs rt-PA Non-infériorité, marge 0,937 mRS à J90	62 % TNK vs 58 % rt-PA (RR 1.07, 95 % CI 0.98-1.16) Taux hémorragie et mortalité similaires
ORIGINAL (2024), JAMA 	1489 patients	AIC < 4,5h NIHSS médian 6 LVO = 36 %, 7 à 8 % TM TNK vs rt-PA Non-infériorité, marge 0,937 mRS à J90	72,7 % TNK vs 70,3 % rt-PA, OR ajusté 1,03 (95 % IC 0,97-1,09, p = 0,003) Taux hémorragie et mortalité similaires
TASTE (2024), Lancet 	680 patients	AIC < 4,5h NIHSS médian 7 TNK vs rt-PA Non-infériorité, marge 3 % mRS à J90	Analyse ITT = 57 % TNK vs 55 % rt-PA (différence de risque standardisée [SRD]=0,03 [IC à 95 % -0,033 à 0,10], p unilatéral de non-infériorité = 0,031) Analyse PP = 59 % TNK vs 56 % rt-PA (SRD 0,05 [-0,02 à 0,12], p unilatéral de non-infériorité = 0,011)
TIMELESS (2024), NEJM 	458 patients	AIC 4,5h-24h TNK vs placebo Occlusion ACM ou ACI 77,3 % TM mRS à J90	Non significatif, OR 1.13 (95 % confidence interval [CI], 0.82 to 1.57; P=0.45)
TRACE 3 (2024) NEJM 	516 patients	AIC 4,5h-24h TNK vs standard, pas de TM Occlusion ACM ou ACI mRS à J90	TNK 33.0% vs. 24.2%; relative rate, 1.37; 95% confidence interval, 1.04 to 1.81; P=0.03
TEMPO 2 (2024), Lancet 	886 patients	AIC < 12h NIHSS 0-5 et occlusion intracrânienne TNK vs standard mRS à 90j	Arrêt pour futilité 75 % bras contrôle vs 72 % TNK (risk ratio [RR] 0.96, 95 % CI 0.88-1.04, p=0.29) Mortalité : 1 % bras contrôle vs 5 % TNK (adjusted hazard ratio 3.8; 95% CI 1.4-10.2, p=0.0085)
TWIST (2024), Lancet 	578 patients	AIC du réveil TNK vs pas TIV, dans les 4,5h après le réveil TDM sans injection NIHSS ≥ 3 mRS à 90j	Non significatif OR 1.18, 95 % CI 0.88-1.58; p=0.27 Taux similaires d'hémorragies



Que disent les recommandations à propos de la Tenecteplase ? (ESOC 2023)

- Pour AVC ischémiques de moins de 4,5 h du début des symptômes : l'utilisation de la Tenecteplase 0,25 mg/kg est aussi sûre et efficace que l'altéplase.
- Pour les AVC ischémiques de moins de 4,5h du début des symptômes avec une occlusion d'un gros vaisseau : préférer Tenecteplase 0,25 mg/kg plutôt que l'altéplase, et ne pas retarder la thrombectomie mécanique.

Remarque avis d'experts : Dans un centre mother ship, si < 4,5h et obstruction des gros vaisseaux : réaliser la TIV avec Tenecteplase 0,25 ou 0,4 mg/kg. Si drip and ship (pas de centre de thrombectomie), réaliser TIV avec Tenecteplase 0,25 mg/kg avant le transfert rapide vers le centre de TM.

To be continued...

Rendez-vous au congrès de la **SFNV**
du **19 au 21 novembre 2025**, à Dijon !



Références

1. National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 333, 1581–1587 (1995).
2. Hacke, W. *et al.* Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 359, 1317–1329 (2008).
3. Effects of alteplase beyond 3 h after stroke in the Echoplanar Imaging Thrombolytic Evaluation Trial (EPITHET): a placebo-controlled randomised trial - PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18296121/>.
4. Nagakane, Y. *et al.* EPITHET: Positive Result After Reanalysis Using Baseline Diffusion-Weighted Imaging/Perfusion-Weighted Imaging Co-Registration. *Stroke* 42, 59–64 (2011).
5. Emberson, J. *et al.* Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials. *Lancet* 384, 1929–1935 (2014).
6. Thomalla, G. *et al.* MRI-Guided Thrombolysis for Stroke with Unknown Time of Onset. *N Engl J Med* 379, 611–622 (2018).
7. Ma, H. *et al.* Thrombolysis Guided by Perfusion Imaging up to 9 Hours after Onset of Stroke. *N Engl J Med* 380, 1795–1803 (2019).
8. Campbell, B. C. V. *et al.* Extending thrombolysis to 4-5-9 h and wake-up stroke using perfusion imaging: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 394, 139–147 (2019).
9. Nordt, T. K. & Bode, C. Thrombolysis: newer thrombolytic agents and their role in clinical medicine. *Heart* 89, 1358–1362 (2003).



TÉMOIGNAGE D'UNE ASSOCIATION DE PATIENTS

FRANCE AVC

INTERVIEW DE M^{ME} ISABELLE FLORENTIN, 1^{ÈRE} VICE-PRÉSIDENTE DE FRANCE AVC



François BOUILLE
*Interne en 3^{ème} semestre
Île-de-France*

François BOUILLE.- Bonjour Madame Florentin, vous êtes Vice-Présidente de la fédération nationale France AVC et Présidente de l'antenne locale varoise de l'association. Pouvez-vous nous expliquer comment vous en êtes venue à vous engager dans cette association ?

Mme Isabelle FLORENTIN.- J'ai été victime d'un AVC il y a 24 ans, à l'âge de 36 ans. À l'époque, j'étais chef de cabine chez Air France. Tout a basculé du jour au lendemain : je ne pouvais plus marcher et je vivais dans le brouillard. Comme beaucoup de victimes, j'étais totalement désespérée. Rencontrer d'autres personnes ayant traversées une expérience similaire était essentiel pour comparer nos pro-

grès et garder espoir. À ce moment-là, je n'avais jamais entendu parler d'associations de patients. C'est bien plus tard que j'ai découvert France AVC, presque par hasard, dans un journal local. Cette envie de partager et d'aider m'a conduite à m'impliquer pleinement dans l'association. En 2005, j'ai participé à la création de l'antenne locale dans le Var, dont je suis devenue présidente quelques années plus tard.

F. B.- Quels sont les principaux rôles de l'association ?

Mme I. F.- Nous avons plusieurs missions qui s'articulent autour de trois axes par le biais d'antennes locales. Tout d'abord, la fédération nationale a aidé à créer des antennes de proximité sur tout le territoire afin d'offrir un soutien moral et pratique aux victimes d'AVC et à leurs familles. Beaucoup de personnes sont perdues face aux conséquences physiques et psychologiques d'un AVC, mais aussi devant les démarches administratives. Pour ce faire, les antennes locales mettent en place des groupes de parole, animés par des psychologues ou des bénévoles formés, qui permettent aux patients de partager leur expérience et de trouver des ressources, et proposent aussi des activités sociales,

comme des sorties ou des ateliers créatifs, pour aider à rompre l'isolement. Tout cela avec l'aide, si besoin, de la fédération.

Ensuite, nous jouons un rôle important dans l'information et la sensibilisation du public. Nos campagnes expliquent

ce qu'est un AVC, comment le prévenir et surtout comment réagir rapidement en cas de suspicion. Nous travaillons également avec les pouvoirs publics pour améliorer la prise en charge globale des victimes, notamment sur le plan de l'après-AVC, qui reste souvent insuffisant.





Un des problèmes récurrents est que les patients ne reçoivent pas toujours d'informations claires au moment de quitter l'hôpital. Ils ne savent pas vers qui se tourner pour des aides ou des conseils, et c'est là que notre association joue un rôle essentiel.

Vous avez mentionné un manque d'information au moment de votre AVC. Comment cela a-t-il évolué ?

Mme I. F.- À l'époque de mon AVC, je n'avais jamais entendu parler de cette maladie. Ce n'est qu'en 2005 que j'ai découvert France AVC par hasard, à travers une annonce dans le journal local. Aujourd'hui, les choses ont évolué. Nous avons un site internet et diffusons des informations dans les services hospitaliers, notamment via des affiches et des brochures. Certaines unités neurovasculaires incluent même nos documents dans les dossiers de sortie des patients.

Mais malgré cela, beaucoup de familles doivent encore chercher elles-mêmes les renseignements. Internet reste une des principales portes d'entrée vers notre association, surtout pour les proches des patients.

Un des problèmes récurrents est que les patients ne reçoivent pas toujours d'informations claires au moment de quitter l'hôpital. Ils ne savent pas vers qui se tourner pour des aides ou des conseils, et c'est là que notre association joue un rôle essentiel.

Quels sont les principaux défis rencontrés par l'association ?

Mme I. F.- Nous faisons face à un manque de bénévoles et cela limite nos actions, que ce soit pour répondre aux appels, organiser des événements ou accompagner les patients... Nous

manquons aussi de moyens pour éditer des documents et des brochures, ou financer certains projets. Enfin, nous devons continuer à sensibiliser les pouvoirs publics pour assurer une

meilleure prise en charge des victimes, notamment dans les zones rurales où les structures sont encore trop rares.

Quels types de soutien l'association propose-t-elle concrètement ?

Mme I. F.- Par le biais des antennes, nous proposons plusieurs services adaptés aux besoins des patients et de leurs familles : les groupes de parole, très appréciés, qui permettent de partager des expériences et de

rompre l'isolement, des ateliers de loisirs, des activités artistiques (atelier de chant, danse, musique ou travaux manuels), des sorties qui créent du lien social. Les permanences téléphoniques jouent un rôle crucial : les fa-

milles peuvent poser leurs questions, exprimer leurs inquiétudes et être orientées vers les bonnes structures, comme les centres de rééducation ou les services sociaux, afin de faciliter le retour à domicile.



TÉMOIGNAGE D'UNE ASSOCIATION DE PATIENTS

Comment voyez-vous l'évolution du rôle des associations de patients ces dernières années ?

Mme I. F.- Les associations comme la nôtre sont de plus en plus reconnues, tant par les médecins que par les autorités publiques. Par exemple, la fédération France AVC a été sollicitée par la Haute Autorité de Santé pour contribuer à l'élaboration d'un outil de prise en charge des AVC. Cela montre que notre expertise, issue de l'expé-

rience des patients, est précieuse. Nous sommes aussi régulièrement invités à témoigner dans les centres de rééducation ou lors de conférences publiques.

Cependant, il reste beaucoup à faire. Le suivi post-AVC est encore trop inégal, surtout pour les jeunes victimes

qui ne peuvent pas reprendre leur travail mais ne sont pas non plus adaptées à une maison de retraite. Il faut aussi renforcer l'éducation du public : tout le monde devrait connaître les signes d'un AVC et savoir réagir rapidement.

Quel message souhaitez-vous transmettre aux victimes d'AVC et à leurs familles ?

Mme I. F.- Un AVC est une épreuve, mais ce n'est pas une fatalité. Avec du soutien et des efforts, il est possible de retrouver une certaine qualité de vie. Moi-même, bien que je sois restée hémiplegique, j'ai repris des études, diverses activités et je suis engagée dans le bénévolat. Ces expériences m'ont permis de redonner du sens à ma vie.

Je veux dire aux familles : ne perdez pas espoir. Cherchez les bonnes ressources et n'hésitez pas à nous contacter. Ensemble, on peut surmonter cette épreuve. Et surtout, éduquons nos proches sur les signes de l'AVC. Chaque minute compte pour sauver une vie et réduire les séquelles. En tant qu'association, nous sommes là pour écouter, guider et inspirer l'espoir.



Un AVC est une épreuve, mais ce n'est pas une fatalité. Avec du soutien et des efforts, il est possible de retrouver une certaine qualité de vie.



<https://franceavc.com>





ATTRACTIVITÉ DES CARRIÈRES DANS LE POST-INTERNAT

SUJET 2024 DE L'ENQUÊTE ANNUELLE DE L'ANAINF
PRÉSENTÉE LE 19 JANVIER 2024 AUX J2N

Institut du Cerveau, Paris



Dr Pierre-Andréa CERVELLERA

Dr junior
Amiens



Le 30 juin 2021, l'Académie nationale de médecine émettait un rapport face au constat de la perte d'attractivité des carrières hospitalo-universitaires. Il nous a donc paru essentiel de s'intéresser à la neurologie et en particulier aux jeunes neurologues qui se positionnent sur des postes après l'internat. L'objectif de notre enquête était de comprendre les souhaits et les motivations concernant les choix de carrière afin de rendre plus attractif les différents types d'exercices en ciblant les éléments importants pour les internes.

Méthodes

Les données de cette étude ont été collectées via une enquête en ligne volontaire et anonyme, destinée aux membres de l'ANAINF et diffusée par e-mail et sur les réseaux sociaux.

Cette enquête a été réalisée par le bureau de l'ANAINF et hébergée sur la plateforme Limesurvey®.

La période de collecte des réponses était limitée à un mois (du 10 décembre 2023 au 7 janvier 2024) afin d'être présentée au Collège des Enseignants de Neurologie et lors de la Journée des Jeunes Neurologues et de la Recherche Clinique (J2N) en janvier 2024.

L'enquête comprenait 15 questions portant sur :

- L'identification du profil des répondants (données sociodémographiques, statut, région de formation).

- Le type de poste souhaité après l'internat.
- Les motivations pour le choix de l'équipe avec laquelle travailler.
- Leur perception des trois principaux types de carrières connues (hôpital universitaire, hôpital général ou pratique privée).

Pour les questions relatives à la perception des types de carrières, chaque participant devait écrire les trois premiers mots qui lui venaient à l'esprit (du plus évocateur au moins évocateur).

Un auteur a standardisé les réponses en regroupant les synonymes afin de générer un nuage de mots (les mots les plus fréquemment cités apparaissent en plus grand).

Une analyse descriptive a été réalisée à partir des données exportées de Limesurvey® vers Excel®.



Résultats

Caractéristiques de l'échantillon des jeunes neurologues

Nous avons obtenu 125 réponses, ce qui représente environ 20 % des internes ou chefs de clinique-assistants en neurologie en France.

La majorité des répondants était des femmes (61 %), 53 % en couple ou union civile ; 31 % célibataires, et 10 % déclaraient avoir des enfants.

La répartition géographique des participants était homogène à travers la France métropolitaine :

- 26,4 % en Île-de-France ;
- 8 % dans le nord-est (Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté) ;
- 12 % dans le nord (Hauts-de-France) ;
- 19,2 % dans le nord-ouest (Bretagne, Pays de la Loire, Centre-Val de Loire et Normandie) ;
- 4 % dans le sud-ouest (Nouvelle-Aquitaine) ;

- 18,4 % dans le centre-est (Auvergne-Rhône-Alpes) ;
- 7,2 % dans le sud-est (Provence-Alpes-Côte d'Azur) ;
- 3,2 % dans le sud-ouest central (Occitanie) ;
- 2,4 % aux Antilles-Guyane et à La Réunion.

Concernant leur formation et leur expérience :

- 56 % sont encore internes et n'ont pas soutenu leur thèse ;
- 12 % sont en première année d'internat ;
- 14,4 % en troisième année ;
- 2,4 % en quatrième année ;
- 18,4 % en cinquième année ;
- 8,8 % en sixième année.

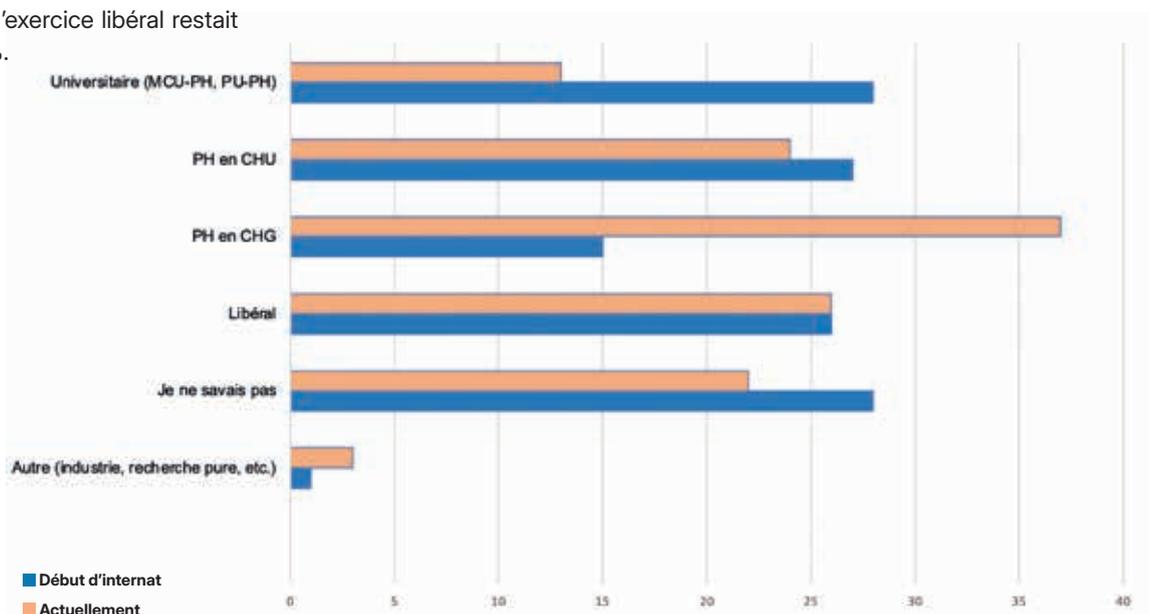
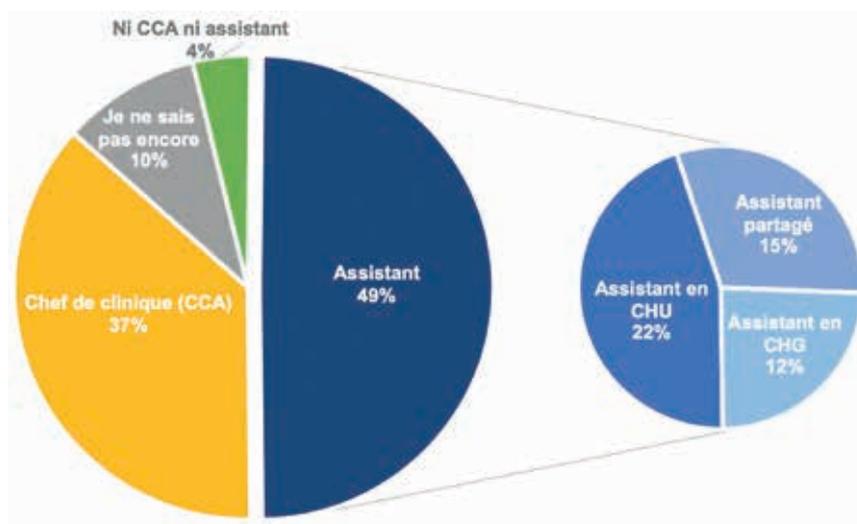
Par ailleurs, 14,4 % sont chefs de clinique-assistants et 9,6 % sont des jeunes neurologues en exercice.

Souhaits de carrière

Presque la moitié des répondants souhaitaient devenir assistants, majoritairement dans un hôpital universitaire. En revanche, seulement 37 % voulaient devenir chefs de clinique et 4 % ni l'un ni l'autre.

Concernant le type d'exercice futur :

- 22 % des répondants souhaitaient avoir initialement une carrière universitaire, mais ce chiffre tombait à 10 % en fin d'internat.
- La proportion de ceux désirant devenir praticiens hospitaliers dans un hôpital universitaire diminuait plus l'internat avançait (22 % contre 19 %), tandis qu'elle augmentait pour les hôpitaux généraux (12 % contre 30 %).
- Le choix de l'exercice libéral restait stable à 21 %.





Motivations derrière les choix de carrière : quels éléments sont considérés comme les plus importants dans la réflexion sur le choix de carrière au long cours ?

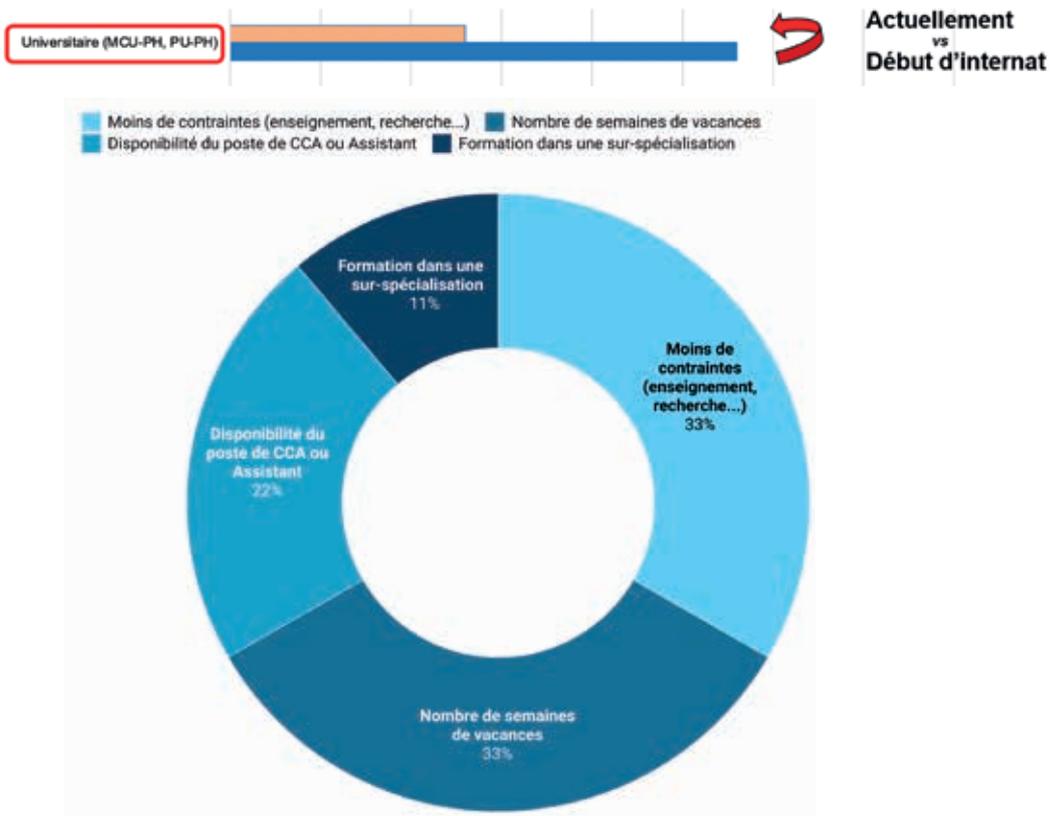
Chef de clinique : La principale motivation pour devenir chef de clinique est l'opportunité de faire de la recherche (28 %), dans l'optique d'une carrière académique (23 %). L'enseignement des étudiants en médecine arrive en troisième position (18 %).

Assistant hospitalier : 30 % des répondants choisissent ce poste pour avoir moins d'obligations (enseignement, recherche), 25 % pour bénéficier de plus de jours de congés, 20 % pour une meilleure compatibilité avec la vie familiale et 10 % selon la disponibilité du poste.

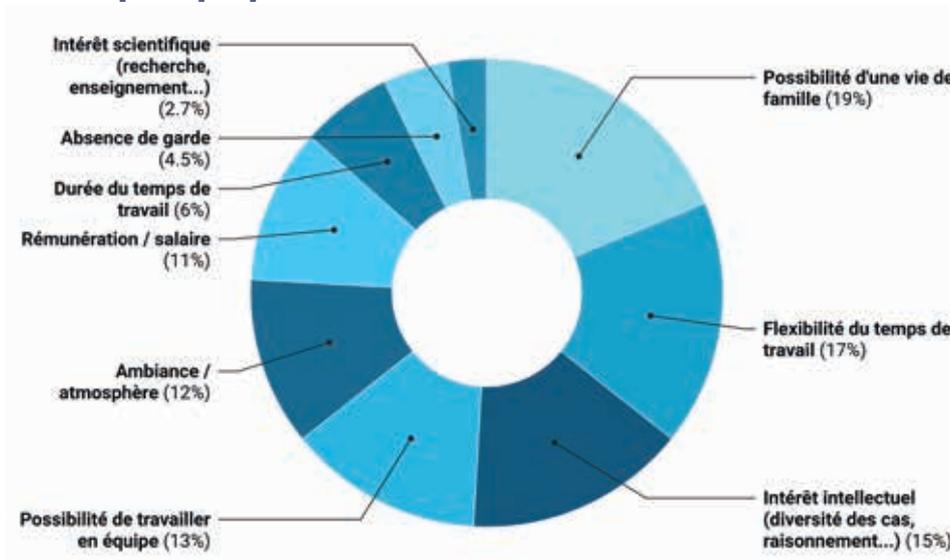
Carrière universitaire : 85 % des répondants évoquent un intérêt scientifique et intellectuel comme raison principale. 8 % apprécient la diver-

sité des patients et le raisonnement clinique ; la rémunération et le salaire représentait également 8 % des répondants.

Point important : Les raisons évoquées par les internes ayant renoncés à une carrière universitaire au cours de l'internat sont représentées sur la figure suivante :



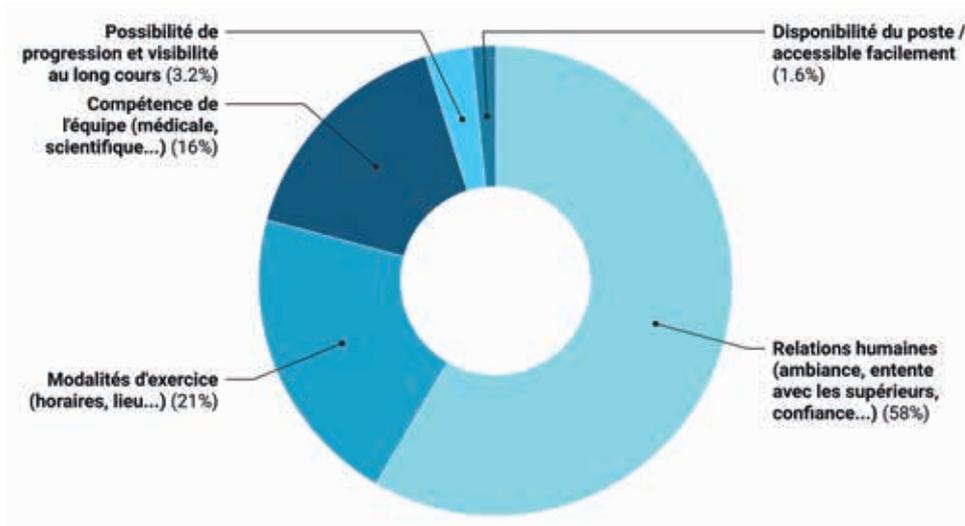
Hôpital général ou pratique privée



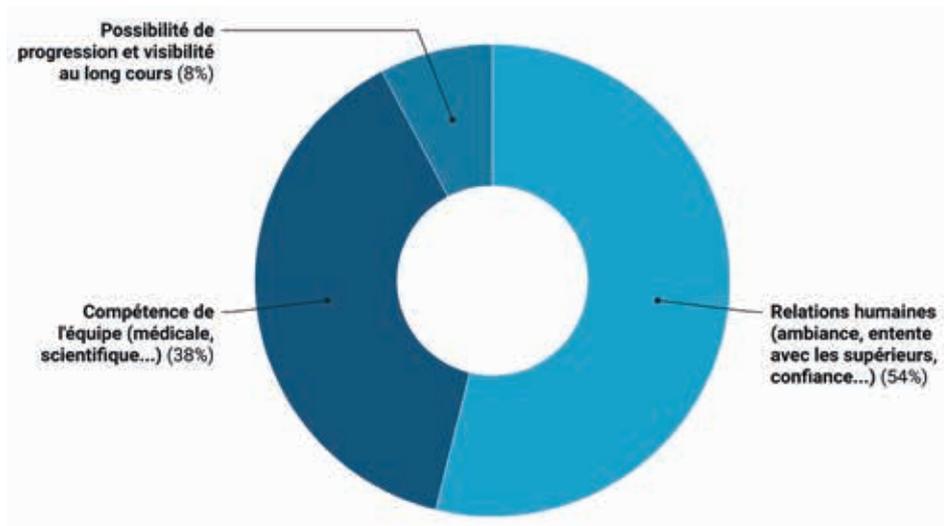


Motivations derrière le choix de l'équipe dans laquelle travailler

Concernant l'ensemble des répondants



Parmi les futures universitaires



Exploration qualitative

Nous avons ensuite demandé quels étaient les 3 mots qui venaient à l'esprit lorsque l'on évoquait les trois types de carrières.

Carrière universitaire : recherche, enseignement puis temps de travail.





Carrière en hôpital général : équipe, gardes, flexibilité, sécurité.



Carrière libérale : liberté, flexibilité puis rémunération.



Conclusion

Volonté de carrière

Il existe une diminution de l'attrait universitaire à la faveur des postes de praticien hospitalier en centre hospitalier général et un intérêt croissant du poste d'assistant en raison des moindres contraintes.

Parmi les facteurs motivationnels, la qualité de vie apparaissait plus importante que la rémunération parmi les non-universitaires, y compris parmi les personnes quittant l'hôpital et la recherche compte plus que l'enseignement dans le choix d'une carrière universitaire.

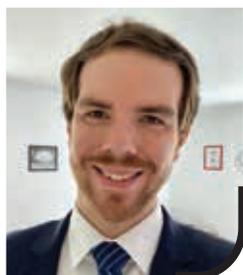
Attrait des services

La qualité des relations humaines notamment la relation aux supérieurs est le facteur le plus important pour le choix d'équipe et de service ; plus importante même que l'expertise médicale, y compris chez les futurs universitaires.





OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DU PARKINSON AVANCÉ DÉFIS, STRATÉGIES ET INNOVATIONS



Dr Mickael AUBIGNAT
Amiens

La maladie de Parkinson avancée est marquée par l'apparition de fluctuations motrices et non-motrices et de dyskinésies, rendant la prise en charge plus complexe¹. L'optimisation des traitements oraux a ses limites, et les traitements de stimulation dopaminergique continue doivent être envisagés². Cet article propose une approche pédagogique de la prise en charge à travers un cas clinique, en illustrant les stratégies thérapeutiques disponibles, y compris les innovations récentes comme la Foslevodopa/Foscarbidopa (SCYOVA®) sous-cutanée et la Levodopa/Carbidopa/Entacapone (LECIGIMON®) en infusion intrajéjunale.

Cas Clinique

Présentation du patient

Monsieur A., 61 ans, est suivi pour une maladie de Parkinson diagnostiquée il y a 7 ans, initialement marquée par un tremblement de repos du membre supérieur droit. Il est traité par : Ropinirole (REQUIP®) LP 8 mg le soir, Levodopa/Carbidopa (SINEMET®) 100/10 mg : 2 comprimés 5 fois par jour et Levodopa/Benserazide (MODOPAR®) 125 (100/25 mg) dispersible en cas de besoin.

Question 1 : Quelle est la meilleure stratégie face à l'apparition de fluctuations motrices ?

Monsieur A. rapporte une efficacité réduite de son traitement, avec un effet de la Levodopa/Carbidopa durant seulement 2h30 à 3h, entraînant des tremblements et des blocages. Que pouvez-vous lui proposer ?

- A. Ajout d'Entacapone à chaque prise de Levodopa/Carbidopa
- B. Ajout de Rasagiline à chaque prise de Levodopa/Carbidopa
- C. Augmentation du Ropinirole LP à 16 mg
- D. Ajout de Péribédil LP 50 mg trois fois par jour
- E. Réalisation d'un bilan en vue d'un traitement de stimulation dopaminergique continue

Réponses et explications

- A. **VRAI** : L'ajout d'Entacapone, inhibiteur de la catéchol-O-méthyltransférase (COMT), prolonge l'effet de la Levodopa d'environ 33 %. Il peut être administré sous forme de comprimé séparé (Entacapone, Contan®) ou sous forme combinée (Levodopa/Carbidopa/Entacapone, Stalevo®). Il peut cependant aggraver les dyskinésies et provoquer des diarrhées. Penser également à prévenir les patients de la coloration possible des urines et des autres sécrétions en orange à cause de l'entacapone.
- B. **FAUX** : La Rasagiline, inhibiteur de la monoamine-oxydase B (MAO-B), a un effet modeste sur les fluctuations motrices, ne se prescrit qu'une fois par jour et n'est pas recommandée dans ce contexte.
- C. **DISCUTABLE** : Augmenter le Ropinirole est possible et peut avoir un effet limité sur les fluctuations. Cependant ceci expose à un risque accru d'effets secondaires (troubles du contrôle des impulsions, somnolence...) et aura probablement moins d'effets sur les symptômes de Monsieur A. que l'augmentation de la Levodopa.
- D. **FAUX** : Ajouter un second agoniste dopaminergique augmente le risque d'effets indésirables sans bénéfice thérapeutique significatif prouvé.
- E. **VRAI** : La règle dite des « 5-2-1 » recommande une évaluation pour une stimulation dopaminergique continue en présence de 5 prises par jour, 2 heures de blocages ou 1 heure de dyskinésies par jour. Des outils d'aide à la décision comme Manage-PD disponible en ligne peuvent évalueront être utilisés (<https://www.managepd.eu/FR/>).



Question 2 : Comment gérer les dyskinésies de pic de dose ?

À la suite de l'introduction de la Levodopa/Carbidopa/Entacapone (Stalevo®), Monsieur A. développe des dyskinésies invalidantes. Quelles sont les options thérapeutiques ?

- A. Ajout d'Amantadine
- B. Diminution des doses de Levodopa/Carbidopa/Entacapone
- C. Mise en place d'un traitement de stimulation dopaminergique continue
- D. Utilisation du stylo d'Apomorphine sous-cutané
- E. Ajout de Clozapine

Réponses et explications

- A. **VRAI** : L'Amantadine, antagoniste des récepteurs NMDA, est le seul traitement ayant l'AMM pour les dyskinésies. Attention au risque d'hallucinations et à la sécheresse buccale. Attention également à ne pas prescrire le traitement après 16-17h pour ne pas perturber le sommeil.
- B. **DISCUTABLE** : Diminuer la Levodopa ou arrêter l'entacapone réduit les dyskinésies mais risque de réactiver les fluctuations motrices présentes initialement.
- C. **VRAI** : Une stimulation dopaminergique continue permet de stabiliser les taux de dopamine et de réduire les variations motrices et non-motrices.
- D. **FAUX** : Le stylo d'Apomorphine est une alternative pour traiter les blocages soudains mais n'a pas d'indication dans les dyskinésies de pic de dose.
- E. **FAUX MAIS...** : La Clozapine est l'un de seul neuroleptique utilisable dans le parkinson avec la Quetiapine. Elle est utilisée en cas d'hallucinations ou de psychose sévère. Elle n'a donc pas d'indication ici mais sachez que des études ont prouvé que la Clozapine avait un effet positif sur les dyskinésies et les tremblements.

Question 3 : Quelle solution pour un patient en échec des stratégies médicamenteuses per-os ?

Monsieur A., âgé de 63 ans désormais, a enfin pu bénéficier de son bilan pré-traitement de stimulation dopaminergique continue qui retrouve une dopa sensibilité des signes de 75 %, l'absence de troubles axiaux en « ON », l'absence d'apathie ou de troubles psychiatrique et l'absence de troubles cognitifs sur le bilan neuropsychologique. Malgré de nombreuses adaptations thérapeutiques, Monsieur A. présente une dégradation clinique marquée par l'intensification des fluctuations motrices, des douleurs dystoniques nocturnes et une altération de la qualité de vie. Quels traitements pouvez-vous proposer ?

- A. Stimulation cérébrale profonde des noyaux sous-thalamiques
- B. Pompe à Apomorphine sous-cutanée
- C. Pompe à Foslevodopa/Foscarbidopa (SCYOVA®) sous-cutanée
- D. Pompe à Levodopa/Carbidopa (DUODOPA®) intrajéjunale
- E. Pompe à Levodopa/Carbidopa/Entacapone (LECIGIMON®) intrajéjunale

Réponses et explications

Toutes les réponses sont valides et possibles. En effet, il existe désormais 5 solutions de traitement de stimulation dopaminergique continue disponibles en France³. Au vu de son bilan Monsieur A. peut théoriquement être éligible aux 5 qui ont tous des avantages et des inconvénients spécifiques (Tableau 1). Actuellement peu d'études ont comparé les différents traitement entre eux, la décision est donc basée principalement sur les souhaits du patient, son éligibilité et les habitudes de l'équipe soignante qui prend en charge le patient^{1,3}. Il est également possible de mettre en place une pompe pour améliorer les symptômes de Monsieur A. temporairement dans l'attente d'une chirurgie de stimulation cérébrale profonde.





Tableau 1 – Comparaison des différentes solutions de stimulation dopaminergique continue

	Stimulation Cérébrale Profonde	Apomorphine
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Cibles différentes en fonction de la symptomatologie • Fonctionnement 24h/24h • Pas de dispositif externe 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu invasif • Peu de contre-indication • Peu de complications • Ablation facile • Programmation facile
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> • Sélection drastique des patients • Risque opératoire • Retour en arrière difficile une fois les électrodes implantées • Risque d'aggravation motrice et cognitive en cas de mauvaise sélection des patients 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositif externe • Complications cutanées • Effets indésirables des agonistes dopaminergiques
Contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles cognitifs • Troubles axiaux • Dopa sensibilité < 50% • Comorbidités psychiatriques • Comorbidités cliniques empêchant une anesthésie générale • Traitement anticoagulant ne pouvant être interrompu 	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles psychiatriques • Insuffisance hépatique • Grossesse • Allaitement
Effets indésirables	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie cérébrale • Infections • Dysfonctionnement du dispositif • Dysarthrie • Apraxie des paupières • Prise de poids • Troubles de l'humeur • Décompensation de troubles cognitifs • Décompensation de troubles axiaux • Apathie 	<ul style="list-style-type: none"> • Nodules aux points d'injection • Nausées • Hypotension • Troubles du contrôle des impulsions • Décompensations de troubles psychiatriques • Hyperéosinophilie, anémie hémolytique

Les nouveautés thérapeutiques

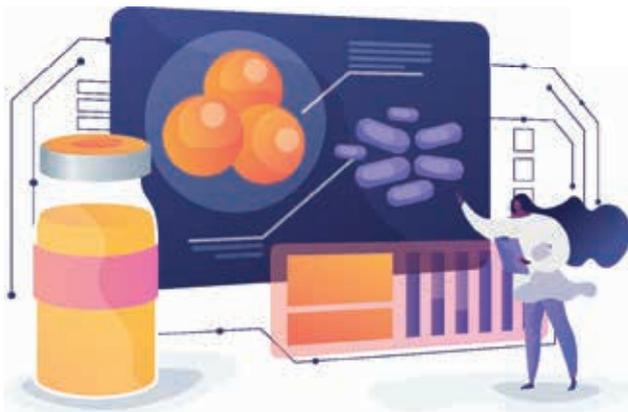
Deux nouveaux traitements de stimulation dopaminergique continue sont désormais disponibles en France :

• Foslevodopa/Foscarbidopa sous-cutané (SCYOVA®) :

Ce traitement permet une administration continue d'une pro-drogue de la Levodopa via une perfusion sous-cutanée⁴. Il représente une alternative moins invasive par rapport aux pompes intrajéunales et offre peut être une meilleure tolérance que l'Apomorphine qui est un agoniste dopaminergique souvent responsable d'effets indésirables au long cours.

• Levodopa/Carbidopa/Entacapone en infusion intrajéunale (LECIGIMON®) :

Ce dispositif combine la Levodopa avec un inhibiteur de la COMT, augmentant ainsi l'efficacité du traitement⁵. L'administration intrajéunale permet une délivrance plus stable du traitement. Il a l'avantage d'avoir une pompe plus petite et plus légère que l'actuelle pompe Levodopa/Carbidopa (DUODOPA®). Cependant il nécessite tout de même une gastrostomie jéjunalisée et expose le patient aux effets indésirables potentiels de l'entacapone (diarrhées et hallucinations principalement).



Ces innovations offrent des options supplémentaires aux patients en échec des stratégies médicamenteuses classiques et doivent être envisagées au cas par cas, en concertation avec un centre expert parkinson.



Foslévodopa – Foscarbidopa	Lévodopa – Carbidopa intrajéjunale	Lévodopa – Carbidopa – Entacapone intra jéjunale
<ul style="list-style-type: none"> • Peu invasif • Peu de contre-indication • Peu de complications • Ablation facile • Programmation facile 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu de contre-indication • Programmation facile • Ablation +/- facile 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu de contre-indication • Programmation facile • Ablation +/- facile • Pompe petite et légère
<ul style="list-style-type: none"> • Dispositif externe • Complications cutanées • Moins de recul qu'avec les autres techniques 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositif externe lourd et bruyant • Nécessite une gastrostomie • Traitement 12h/24h le plus souvent 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositif externe • Nécessite une gastrostomie • Traitement 12h/24h le plus souvent • Effets indésirables de l'Entacapone • Moins de recul qu'avec les autres techniques
<ul style="list-style-type: none"> • Troubles psychiatriques • Insuffisance hépatique • Grossesse • Allaitement 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychose • Cardiopathie évolutive • Glaucome • Insuffisance hépatique ou rénale sévère • Varices œsophagiennes • Troubles de la coagulation • Paroi abdominale pathologique ou multi opérée • Iléus paralytique, obstruction intestinale • Immunodépression 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychose • Cardiopathie évolutive • Glaucome • Insuffisance hépatique ou rénale sévère • Varices œsophagiennes • Troubles de la coagulation • Paroi abdominale pathologique ou multi opérée • Iléus paralytique, obstruction intestinale • Immunodépression
<ul style="list-style-type: none"> • Nodules aux points d'injection • Infections cutanées au point d'injection • Nausées • Hypotension 	<ul style="list-style-type: none"> • Désadaptation de la sonde de gastrostomie ou du tube jéjunale • Infection locale • Hémorragie • Polyneuropathie 	<ul style="list-style-type: none"> • Désadaptation de la sonde de gastrostomie ou du tube jéjunale • Infection locale • Hémorragie • Polyneuropathie • Diarrhées • Hallucinations • Troubles du contrôle des impulsions • Décompensations de troubles psychiatriques

Conclusion

Le Parkinson avancé requiert une prise en charge personnalisée, pour proposer le bon traitement au bon patient au bon moment de sa maladie. Une collaboration avec un centre expert est essentielle pour optimiser la prise en charge. Par conséquent, il ne faut pas hésiter à orienter les patients vers un centre expert Parkinson dès qu'ils respectent la règle des « 5-2-1 » et qu'ils présentent des symptômes mal contrôlés par les thérapeutiques médicamenteuse per-os. Il vaut mieux adresser trop tôt que trop tard ce d'autant que le parcours de traitement dopaminergique continu est souvent long tant sur le plan de la disponibilité du matériel que sur le plan acceptabilité par le patient.

Références

1. Deuschl G, Antonini A, Costa J, et al. European Academy of Neurology/Movement Disorder Society-European Section Guideline on the Treatment of Parkinson's Disease: I. Invasive Therapies. *Mov Disord Off J Mov Disord Soc.* 2022;37(7):1360-1374. doi:10.1002/mds.29066.
2. Krystkowiak P, Aubignat M. Les traitements de seconde ligne dans la maladie de Parkinson à un stade avancé : à quel moment ? Pour quels patients ? *Prat Neurol - FMC.* 2019;10(2):55-60. doi:10.1016/j.praneu.2019.01.009.
3. Antonini A, Pahwa R, Odin P, et al. Comparative Effectiveness of Device-Aided Therapies on Quality of Life and Off-Time in Advanced Parkinson's Disease: A Systematic Review and Bayesian Network Meta-analysis. *CNS Drugs.* 2022;36(12):1269-1283. doi:10.1007/s40263-022-00963-9.
4. Soileau MJ, Aldred J, Budur K, et al. Safety and efficacy of continuous subcutaneous foslevodopa-foscarbidopa in patients with advanced Parkinson's disease: a randomised, double-blind, active-controlled, phase 3 trial. *Lancet Neurol.* 2022;21(12):1099-1109. doi:10.1016/S1474-4422(22)00400-8.
5. Nyholm D, Jost WH. Levodopa-entacapone-carbidopa intestinal gel infusion in advanced Parkinson's disease: real-world experience and practical guidance. *Ther Adv Neurol Disord.* 2022;15:17562864221108018. doi:10.1177/17562864221108018.

LA CARRIÈRE UNIVERSITAIRE



INTERVIEW DU PR IGOR SIBON, PRÉSIDENT DU COLLÈGE DES ENSEIGNANTS DE NEUROLOGIE (CEN)



Alexandra DUPIC
Interne en 3^{ème} semestre
Ile-de-France

Alexandra DUPIC.- Pouvez-vous décrire les principales étapes de votre parcours professionnel ?

PR IGOR SIBON.- J'ai suivi mes études de médecine à Bordeaux, où j'ai effectué mon externat et mon internat, avant de réaliser mon clinicat dans le service de Neurovasculaire du Pr Jean-Marc Orgogozo.

Durant mon internat, j'ai consacré une année à un master 2 (*anciennement Diplôme d'Etudes Approfondies*) sur la sensibilisation médullaire à la douleur sous la direction de Pr Gwendal Le Masson, PU-PH en neurologie. Pour valider mon DES de Neurologie, j'ai présenté mon mémoire portant sur la fibromyalgie et ses anomalies électrophysiologiques, tandis que ma thèse de médecine était consacrée au groupage HLA dans la sclérose en plaques.

Enfin, ma thèse de sciences s'est intéressée à la physiopathologie des anévrismes intra-crâniens et notamment au rôle des amines oxydases dans la destruction de la matrice extracellulaire.

À la suite de mon internat, j'ai effectué 18 mois de post-doctorat à l'Université McGill à Montréal, au sein d'une unité de psychiatrie et d'imagerie moléculaire. Mon objectif était d'explorer l'apport de l'imagerie moléculaire dans la compréhension des pathologies psychiatriques, dans l'optique d'appliquer ces connaissances à mes recherches actuelles sur les troubles de l'humeur post-AVC.

Après cette expérience, j'ai occupé un poste de PH-U à Bordeaux durant trois ans avant d'accéder, en 2009, à mon poste actuel de PU-PH en Neurovasculaire.

A. D.- Quels sont vos projets de recherche actuels ?

PR I. S.- Affilié à l'Institut de Neurosciences Cognitives et Intégratives d'Aquitaine (INICIA), unité mixte de recherche du CNRS et de l'Université de Bordeaux, j'ai l'opportunité de co-diriger une équipe avec Sylvie Berthoz, psychologue, afin d'étudier le handicap invisible post-AVC et ses facteurs prédictifs. Nous adoptons pour cela deux approches complémentaires. La première repose sur la neuro-imagerie en collaboration avec Pr Thomas Tourdias, PU-PH en Neuroradiologie, et Dr Michel

Thiebaut de Schotten, spécialiste en neuro-imagerie et neuropsychologie, qui dirige le Groupe d'Imagerie Neurofonctionnelle (GIN) à Bordeaux. La seconde s'intéresse à l'étude des troubles cognitifs et, plus particulièrement, des troubles de l'humeur post-AVC en vie quotidienne. Cette approche présente un double intérêt : d'une part, un volet diagnostique visant à mieux comprendre l'impact des fluctuations du quotidien sur ces troubles ; d'autre part, un volet thérapeutique impliquant le développement de stratégies interven-

tionnelles digitales en partenariat avec des acteurs industriels.

Par ailleurs, dans le cadre de l'Institut Hospitalo-Universitaire, je collabore avec Pr Stéphanie Debette, PU-PH en Epidémiologie et Neurologie, sur la maladie des petites artères cérébrales. Notre travail porte à la fois sur la meilleure compréhension de la physiopathologie et sur le développement de nouvelles stratégies thérapeutiques visant à limiter l'évolution vers des troubles cognitifs et des AVC.



A. D.- Quel est votre rôle en tant que président du collège des enseignants de neurologie ?

PR I. S.- Ma mission principale est de coordonner l'enseignement de la neurologie pour l'ensemble des étudiants en médecine, tout en assurant un lien avec les différentes instances.

Pour le premier cycle, j'ai poursuivi le travail initié par Pr Luc Defebvre, PU-PH à Lille, en supervisant la finalisation de la rédaction du référentiel « Les fondamentaux de la Neurologie », qui synthétise les bases essentielles comme l'anatomie, la physiologie et les grands syndromes neurologiques.

Concernant le deuxième cycle, nous nous efforçons d'actualiser les supports pédagogiques comme le référentiel du second cycle et d'intégrer de nouvelles méthodes d'évaluation, telles que les fiches Lisa et les tests de concordance de script, élaborés en concertation avec des panels d'experts. S'agissant des internes, nous mettons régulièrement à jour les supports de formation et supervisons les évaluations de fin de cursus (socle/approfondissement). Par ailleurs, nous participons activement aux Journées

de Neurologie de Langue Française (JNLF), notamment dans le cadre des Journées d'Enseignement Supérieur de Neurologie, et en contribuant à l'élaboration des webinaires. Enfin, nous avons mené des discussions avec le ministère ayant abouti à l'instauration d'une cinquième année de DES, qui entrera en vigueur en novembre 2025. Nous suivons également les réformes en cours, notamment celles liées aux EDN et aux ECOS, en prenant part à la Conférence nationale des collèges de médecine.

A. D.- Qu'est-ce qui vous a poussé à choisir une carrière en médecine et à devenir PU-PH ?

PR I. S.- À la fin du lycée, j'hésitais entre plusieurs orientations : un cursus en STAPS pour devenir professeur de sport, des études de droit pour intégrer la police – attiré par l'aspect investigateur du métier – ou encore la médecine, influencé par mon beau-père, médecin généraliste, dont le métier m'intéressait particulièrement. Dès la première année de médecine, j'ai eu une véritable révélation et j'ai

rapidement pris goût aux études médicales. Jusqu'en cinquième année, mon objectif était de devenir médecin généraliste, mais j'ai trouvé la spécialité particulièrement exigeante en raison de l'ampleur des connaissances à acquérir. J'ai alors opté pour la Neurologie, séduisante par sa diversité, couvrant l'ensemble du corps, « du bout des orteils jusqu'au crâne », et offrant de nombreuses sous-spécialités.

Parallèlement, j'ai développé un intérêt marqué pour la recherche, en particulier lors de mon année de recherche. L'enchaînement a ensuite été naturel : j'ai poursuivi avec une thèse de sciences, un post-doctorat et, progressivement, la carrière universitaire s'est imposée comme une évidence.

A. D.- Quelles difficultés rencontrez-vous au quotidien et comment les surmontez-vous ?

PR I. S.- La principale contrainte est celle du temps. Le métier de PU-PH ne se limite pas aux missions cliniques, pédagogiques et de recherche : il comprend égale-

ment une part non négligeable d'administratif et de gestion. Ce manque de temps impose donc des choix, parfois difficiles, où la raison doit primer sur le cœur. La passion et l'intérêt clinique

sont présents, mais ces responsabilités sont particulièrement chronophages. Malgré ces contraintes, la diversité et la richesse du métier rendent l'engagement toujours stimulant.

A. D.- Quels conseils donneriez-vous à ceux qui souhaitent se lancer dans une carrière universitaire ?

PR I. S.- Le plus important est de s'engager dans un domaine qui vous passionne. La motivation et l'envie sont essentielles pour surmonter les difficultés, qu'elles soient administratives, organisationnelles ou liées aux exigences académiques (publications, concours, incertitudes sur les postes disponibles). Il faut persévérer et y consacrer du temps. De plus, disposer d'une organisation personnelle bien structurée est indispensable pour ne pas se disperser. Un bon soutien familial et un environnement de travail bienveillant sont également des atouts majeurs, car on ne devient pas PU-PH seul : c'est un travail d'équipe et il est essentiel de s'entourer de collègues avec qui l'on se sent en confiance.

On ne devient pas PU-PH seul : c'est un travail d'équipe et il est essentiel de s'entourer de collègues avec qui l'on se sent en confiance.





A. D.- Concernant l'enquête de l'ANAINF rapportée aux J2N de janvier 2024 sur l'attractivité des carrières, nous avons constaté que le désir de carrière universitaire diminue de moitié entre le début et la fin de l'internat, au profit notamment d'un poste de PH en CHG. Comment expliquer cette tendance ? Comment y remédier ?

PR I. S.- C'est une problématique extrêmement complexe et, si j'avais une réponse définitive, elle aurait déjà été publiée dans le JAMA ! Plusieurs facteurs entrent en jeu. Tout d'abord, l'internat en neurologie est exigeant, avec une charge de travail conséquente et un respect parfois limité du temps de travail réglementaire. Dans ces conditions, il est difficile de dégager du temps pour la recherche, ce qui peut décourager certains internes initialement intéressés par une carrière universitaire.

Ensuite, on observe une évolution des priorités chez les nouvelles générations d'internes, qui recherchent davantage un équilibre entre leur vie

professionnelle et leur qualité de vie personnelle. Or, la carrière hospitalo-universitaire demande un investissement important, parfois perçu comme difficilement conciliable avec ces aspirations.

Par ailleurs, en progressant dans leur formation, les internes prennent conscience des contraintes inhérentes au statut de PU-PH. Les lourdeurs administratives, les responsabilités multiples et parfois le manque de reconnaissance peuvent en dissuader plus d'un. L'image renvoyée par certains PU-PH n'est pas toujours engageante, ce qui pousse certains internes à privilégier des structures plus légères, comme les centres hospitaliers généraux.

Enfin, l'incertitude sur l'évolution des statuts et des retraites joue également un rôle. Le cadre actuel, bien que susceptible d'évoluer avec les réformes en cours, reste perçu comme incertain.

Il est donc essentiel de mieux valoriser l'attractivité de la carrière universitaire en mettant en avant ses aspects stimulants et gratifiants. Nous devons parvenir à transmettre un message plus positif et à offrir des conditions plus propices à la conciliation entre engagement académique et équilibre personnel.

A. D.- Comment parvenez-vous à gérer l'équilibre entre votre vie professionnelle et personnelle ?

PR I. S.- J'y parviens essentiellement parce que j'aime ce que je fais et que mon entourage comprend mes engagements, sans jugement ni critique.

Cela dit, ma vie personnelle tourne beaucoup autour de la médecine. Je travaille souvent en soirée ainsi que les week-ends. Lorsque l'on cumule de

nombreuses responsabilités, il est difficile de dégager de véritables temps de repos, mais l'intérêt du métier compense largement cette charge.

A. D.- En tant que PU-PH, quelles ont été les avancées majeures de ces dernières décennies et quels sont les défis à venir ?

PR I. S.- En Neurovasculaire, la thrombectomie a représenté une avancée révolutionnaire, transformant le pronostic fonctionnel des patients victimes d'AVC sévères. Dans les années à venir, grâce à de nouvelles techniques interventionnelles, nous espérons être capables d'extraire des thrombus de plus en plus distaux, ce qui permettra d'améliorer encore davantage le devenir des patients. La négativité des études récentes ne doit pas nous faire perdre espoir.

Les avancées thérapeutiques à venir concerneront également l'élaboration

de nouvelles molécules pouvant limiter la mort neuronale en phase aiguë d'un AVC, notamment en bloquant certaines cascades inflammatoires délétères.

En ce qui concerne les maladies neurodégénératives, nous assistons à l'émergence de molécules anti-amyloïdes, bientôt suivies d'anti-tau et d'anti-alpha-synucléine. Ces thérapies, fondées sur des bases physiopathologiques solides, pourraient offrir de nouvelles solutions thérapeutiques. Cependant, la neurologie est une discipline complexe où la mise au point de traitements ciblés reste un défi majeur.

Les progrès réalisés dans la prise en charge de la sclérose en plaques ont également transformé l'évolution de cette maladie.

Globalement, la neurologie a profondément évolué : autrefois perçue comme une spécialité contemplative basée sur un examen clinique long et parfois imprécis, elle s'appuie désormais sur des examens complémentaires de haute précision et offre des perspectives thérapeutiques réelles.

A. D.- Quelle place accordez-vous à l'intelligence artificielle en neurologie ?

PR I. S.- L'intelligence artificielle apporte une aide précieuse, notamment dans l'analyse des images et des données sémiologiques fines. Elle ne remplace pas le raisonnement médi-

cal, mais constitue un outil d'aide à la décision. L'essentiel est d'apprendre à l'utiliser intelligemment, sans en devenir dépendant ni lui accorder une confiance aveugle. Nous ne sommes

pas en compétition, mais en collaboration pour un avenir meilleur pour nos patients ; j'y crois énormément, je pense que c'est un atout indiscutable !

UNE INTERNE EN NEUROLOGIE EN STAGE À L'ÉTRANGER



Fiene MARIE KUIJPER
Interne en 3^{ème} semestre
Ile-de-France

ÉCHANGE DU 20 AVRIL AU 12 MAI 2024
ENTRE L'UNIVERSITÉ DE YALE (USA) ET
L'INSTITUT DU CERVEAU (PARIS)

Le programme d'échange Yale-ICM est une très belle opportunité pour les internes en neurologie parisiens de découvrir de nouvelles façons de travailler, en immersion dans l'hôpital universitaire de Yale pendant 2 à 4 semaines.

Pour ma part, j'ai été accueillie par l'équipe du Dr Fredericks, spécialisée dans la maladie d'Alzheimer préclinique. J'ai pu participer à des consultations en neurologie cognitive, me former à l'EEG dans le service d'épileptologie et développer un projet de recherche portant sur l'association entre génétique, plaques β -amyloïdes et protéines p-tau dans une cohorte de patients présentant une maladie d'Alzheimer asymptomatique.

C'est là un des points forts du programme : une grande flexibilité et adaptabilité selon nos envies et intérêts.



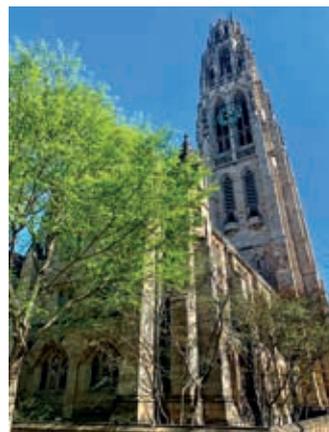


TÉMOIGNAGE

J'ai beaucoup aimé mettre en perspective nos pratiques - on prend conscience que finalement, nos systèmes sont extrêmement proches en termes de niveaux de soin, de savoirs, de protocoles thérapeutiques. La différence se ressent surtout au niveau administratif et dans la structure du système de soin en lui-même : les médecins sont en interaction constante avec les assurances, qui les questionnent sur la pertinence de leurs prescriptions, négocient certaines prises en charges...

Au-delà de l'aspect médical, c'est une très belle occasion de découvrir la vie de campus, avec ses musées d'art aux collections impressionnantes, son théâtre, ses bibliothèques, mais aussi les villes environnantes comme New York et Boston.

Les démarches administratives ont été relativement simples et fluides, avec un soutien logistique de la part des deux universités et un soutien financier de la part de l'ICM pour aider à couvrir les frais de logement et de transport (budget de 2500€).



J'AI ADORÉ MON SÉJOUR LÀ-BAS, JE SUIS DONC RAVIE DE VOUS EN PARLER ET DE FAIRE DAVANTAGE CONNAÎTRE LE PROGRAMME.

SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, N'HÉSITEZ PAS À ME CONTACTER :

Name **Fiene MARIE KUIJPER**

Email **fienekuijper@gmail.com**

Message

SUBMIT



LA NAISSANCE DE LA NEUROLOGIE FRANÇAISE

LES FONDATEURS



Pr Patrick HAUTECŒUR

Lille

Au début du XIX^{ème} siècle, les maladies du système nerveux sont peu connues en dehors de l'apoplexie et de la neurosyphilis (Bayle 1822). Depuis Aristote, le débat s'est plutôt focalisé sur les rapports âme et corps, théorisé par le dualisme de Descartes et l'interaction âme et corps au niveau de l'épiphyse.

La fin de la doctrine des esprits animaux ventriculaires par Thomas Willis en 1664 donnera ensuite la primauté à la substance grise corticale. Elle ouvrira la voie à la controverse entre Galvani (1786) et Volta (1791) sur la nature électrique de ces esprits devenant influx nerveux. En ce début de siècle, la médecine française est pourtant devenue le fleuron de la médecine d'observation et de la méthode anatomo-clinique. Citons parmi les médecins les plus illustres de cette époque, François Xavier Bichat (1771-1802), Jean Nicolas Corvisart (1755-1821) et surtout Théophile René Laennec (1774-1826) pionnier de la « poitrine incognita » et de l'auscultation ; pour la neurologie citons Franz Joseph Gall (1756-1828) et son modèle fantaisiste de la phrénologie, François Magendie (1783-1853) et Pierre Flourens (1794-1865), pionniers de la neurologie expérimentale, Philippe Pinel (1745-1826) et sa classification des vésanies en 1798 et Jean Baptiste Bouillaud (1796-1881), premier à localiser le centre du langage dans les lobes frontaux 10 ans avant la description de l'aire de Broca en 1861. Charles-Édouard Brown-Séquard (1817-1894) restera quant à lui célèbre par son syndrome décrit en 1851 et Guillaume Duchenne de Boulogne (1806-1875) devient le père de la physiologie du mouvement et de

la sémiologie des lésions du système nerveux périphérique, musculaire et de la moelle.

Mais celui qui incarne, encore de nos jours, la Neurologie est sans nul doute Jean Martin Charcot (1825-1893). Qui mieux que Octave Mirbeau, chroniqueur à *l'évènement*, peut brosser le portrait de cet illustre personnage au début de la III^{ème} République : « ce siècle sera le siècle des maladies nerveuses, à un double point de vue : d'abord parce qu'elles auront été maitresses et causes de tous ses actes ; ensuite parce qu'il (Charcot)



Jean Martin Charcot



Alfred Vulpian

aura étudié à fond et connu les secrets de son mal. C'est pourquoi il ne sera peut-être ni le siècle de Victor Hugo, ni le siècle de Napoléon mais le siècle de Charcot ». Charcot est l'incarnation du positivisme et de la médecine scientifique, colonne vertébrale de l'esprit républicain. Interne en 1848, comme son ami Alfred Vulpian, chef de clinique de Rayer alors que se déroulait la guerre de Crimée, il est agrégé d'anatomie pathologique en 1860 puis nommé médecin chef à la Salpêtrière en 1866 dans « l'hospice de la vieillesse femmes »¹. Il va y créer la plus grande clinique neurologique d'Europe et, eu égard à ses appuis politiques, obtiendra de Gambetta lui-même la première chaire mondiale de neurologie en 1882. Car, n'en doutant pas, à côté de ses qualités scientifiques, Charcot est aussi opportuniste. Marié à une riche veuve, Augustine Victoire, ami des politiques, partisan de l'ordre impérial, il sera ensuite républicain puis anticlérical avant de devenir adepte de la foi qui guérit dans ses derniers écrits. Lors de la présentation de ses leçons, il accueille, à côté de ses internes, les célébrités du moment : les journalistes Paul Arène et Philippe Burty, le grand-duc Nicolas de Russie, le préfet de police Lépine, le Bey de Tunis, le cardinal Lavignerie et des hommes de

lettre, Zola, Maupassant, Alphonse et Léon Daudet. Ce dernier le décrit dans les *Morticoles* comme « le professeur Foutange, entouré de ses collègues les docteurs Tripard et Boustibras (Pierre Marie et Babinski), régnant dans l'hôpital Typhus, visité par des êtres venus d'ailleurs, où grouillait une foule composite ». L'hôpital est décrit par Charcot lui-même comme un *Vaste pandémonium des misères humaines*. « Nous sommes en possession d'une sorte de musée pathologique vivant dont les ressources sont considérables ». Cette cour des miracles tranche singulièrement avec

le style de son hôtel particulier de Varangéville, actuelle maison de l'Amérique latine dans lequel il consultait. En revanche la description caricaturale faite par Victoria Mas² d'un Charcot metteur en scène de malades femmes devant un Paris masculin bourgeois et misogyne est loin des écrits montrant plutôt un Charcot à l'écoute de ses patientes. En revanche « l'arrivée du patron, chaque matin, était un petit événement, quelque chose en plus réduit, comme l'entrée de Bonaparte dans les salons de la Cour, un soir de réception : « messieurs, l'empereur ! »... il tendait deux doigts à son chef de clinique, un doigt à chacun de ses internes, jetait un regard circulaire méprisant sur les assistants, esquissait un vague sourire à l'adresse de ses confrères étrangers »³. Mais ce rituel ne s'est-il pas transmis de génération en génération !

Pour évaluer son apport scientifique, il suffit de lire ses œuvres complètes publiées par Désiré Magloire Bourneville⁴, pour en prendre conscience. Il va créer la première école européenne de neurologie avec des élèves aussi célèbres que Pierre Marie, Joseph Babinski, Louis Antoine Ranvier, Gilles de la Tourette, Achille Souques, Paul Richer, Alfred Binet, Pierre Janet, Jules Cotard, Sigmund Freud ou Eugène Bleuler. Charcot sera invité partout en Europe et en Amérique. Très attentif aux travaux allemands d'Erb, Strumpel ou Leyden, il n'ira plus outre Rhin après 1870 pour « la revanche scientifique ».

Beaucoup moins célèbre mais tout aussi brillant, Alfred Vulpian (1826-87), interne de la même promotion va créer lui aussi son école à Paris : avant de débiter sa médecine en 1845, il échoue à l'école normale supérieure un an plus tôt mais devient préparateur de P. Flourens, cité plus haut, au muséum national d'histoire naturelle. Il en sera titulaire en 1850. Ami et collaborateur de Charcot pendant près de 30 ans, chef de service comme lui en 1861, il obtient la chaire d'anatomie pathologique en 1867, sera doyen de la faculté de médecine à Paris en 1875 et membre de la commission à l'origine

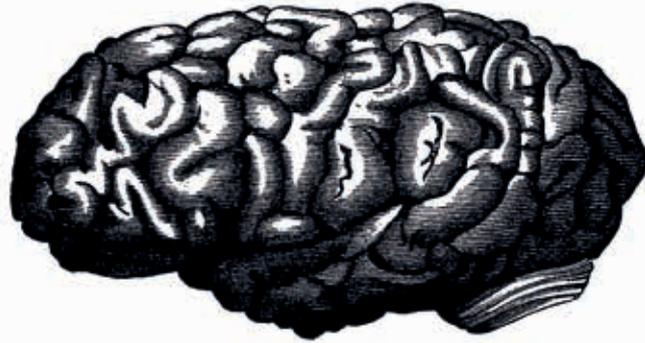


Pierre Marie



Joseph Babinski

de la loi du 12 juillet 1875 sur la liberté de l'enseignement supérieur. Petit clin d'œil, c'est cette loi qui a permis l'ouverture d'universités non publiques en France et donc de l'université catholique de Lille et ainsi au doyen actuel de sa faculté de médecine de rappeler la mémoire de cet illustre neurologue effacé derrière la personnalité tout aussi éminente de Charcot. Il démis-



sionnera de son poste de doyen en 1881 en réaction à la nomination de l'anticlérical Paul Bert. Moins médiatique que Charcot, Il s'opposera à sa nomination par un homme politique et non par un universitaire à la chaire de Neurologie en 1882. Son apport scientifique est remarquable :

maladies de la moelle⁵, coloration des médullosurrénales et d'une « *matière spéciale prenant une teinte rose Carmin* », 45 ans avant la découverte de l'adrénaline, leçons sur la physiologie générale et comparée du système ner-

veux en 1866 et première présentation orale le 09 mai 1866 des 3 observations princeps de sclérose en plaques (dont 2 de Charcot) dans laquelle il fait une distinction « *entre tremblement de repos en quelque sorte permanent et tremblement lors de mouvements voulus intéressant les membres et la tête* ». Écrasé par le charisme de son rival, leur collaboration prend fin en 1869. Pour autant Vulpian sera-t-il effacé de l'histoire ?



Références

1. Jean Martin Charcot. Pour le centenaire de sa mort. Bonduelle M Sem Hôp Paris 1993 ; 69 : 40-41, 466-1473.
2. Le bal des folles. Mas V. Prix Renaudot 2019.
3. Vécu II. Daudet L. Paris : Gallimard ; 1930 : 92-93.
4. Charcot JM. Œuvres complètes. Leçons sur les maladies du système nerveux (texte imprimé). Recueillies et publiées par Bourneville. Paris : bureau du progrès médical (1892).
5. Maladies du système nerveux. Leçons professées à la faculté de médecine. Vulpian A ; Recueillies et publiées par le Dr Bourceret. Octave Douin, éditeur 1879.

ANNONCES DE RECRUTEMENT



Au centre de 4 CHU

Amiens : 45 min
Reims : 1h00
Lille : 1h00
Paris : 1h30

Plus d'informations :

www.ch-stquentin.fr

Découvrez notre ville :

www.saint-quentin.fr

À seulement 1h30 de Paris, reliée aux grandes villes du nord de la France et de l'Europe par un important réseau routier, autoroutier, ferroviaire et fluvial, l'agglomération de Saint-Quentin, située au cœur du triangle Paris-Londres-Bruxelles, occupe une position de choix au milieu des métropoles européennes.



LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-QUENTIN

recrute un neurologue

Établissement employant 2770 professionnels médicaux et non médicaux et comptant 893 lits et places, il couvre une large gamme d'activités sanitaires et médico-sociales (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, psychiatrie, SSR, USLD, EHPAD, CAMSP, CSAPA, IFSI...).

LE SERVICE

Capacité de 28 lits au total dont 6 lits de soins intensifs neurovasculaires, 15 de neurovasculaires post USINV, 7 lits neurologue polyvalent.
Organisation de la permanence des soins en astreinte opérationnelle.

LE PROFIL

Vous êtes médecin inscrit au Conseil National de l'Ordre, avec une expérience ou compétence en neurologie générale ou en neuro-vasculaire.
Possibilité de financement du DIU ou du DU de pathologie Neuro-Vasculaire.

CONDITIONS D'EXERCICE

Statut assistant, contractuel ou praticien hospitalier.
Poste temps plein ou temps partiel.
Droits statutaires des congés et RTT.
Financement des formations.
Possibilité d'accéder aux avantages proposés par le Comité de Gestion des Œuvres Sociales (CGOS) et par l'amicale du personnel.
Crèche hospitalière et aide à l'installation en lien avec la ville de Saint-Quentin.



Candidatures (C.V + lettre de motivation) à adresser par mail à recrutementpm@ch-stquentin.fr
Demande de renseignements par mail ou au **03 23 06 73 40**



CENTRE HOSPITALIER
CHALON SUR SAONE
William Morey

* REJOINS NOTRE ÉQUIPE DE NEUROLOGUES *

(Spoiler : ici, on est aussi cool que compétents)



Bonjour à toutes et tous !

Le service de Neurologie du Centre Hospitalier de Chalon-sur-Saône (71) cherche à agrandir sa dream team. On a tout ce qu'il faut pour vous faire kiffer : une équipe géniale, des défis professionnels stimulants, et une ville qui a plus d'atouts qu'un grand cru (spoiler : y'en a aussi, des grands crus).



Matos de compétition

- Accès IRM jour et nuit (parce qu'on est comme ça).
- Thrombectomie mécanique ? C'est géré à Dijon (pas loin).
- Télémédecine AVC avec tous les CH de Saône-et-Loire.

Pourquoi tu vas adorer bosser avec nous ?

- **Team au top** de 9 PH, 1-2 Dr Junior, 3-4 internes, 1 IPA. Équipe médicale bienveillante et soudée.
- **Service complet** : 27 lits en neurologie générale, 8 lits d'USINV (unité commune avec l'USIC), 4 lits d'HDS, HDJ et un plateau technique d'électrophysiologie (ENMG/PE/EEG).
- **Consultations variées** : mémoire, neurologie générale, ETP SEP, ETP AVC en préparation.
- **Formation et échanges** : staffs réguliers (mémoire, neuroradio, dossiers), et possibilité de participer aux RCP du CHU de Dijon.
- **Garde sur place** avec un repos compensateur le lendemain.



* Intéressé-e ? On t'attend !

Toutes les candidatures seront étudiées.



Pour toute question ou pour postuler
✉ gautier.lechapt@ch-chalon71.fr
Pour déposer votre CV sur notre site carrière
🌐 <https://ch-chalon71.softy.pro>



LE CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE

RECRUTE **UN MÉDECIN NEUROLOGUE (F/H)**

RENSEIGNEMENTS

Dr Geneviève Blanchet-Fourcade

☎ 04 68 42 62 00

✉ genevieve.blanchet@ch-narbonne.fr

CANDIDATURES À

Laurence MARIAN

☎ 04 68 42 60 01 / 02

✉ direction@ch-narbonne.fr

STATUTS

Assistant, praticien contractuel ou mutation PH. Possibilité lauréats EVC.

Le poste est sous statut contractuel (négociable) - activité libérale envisageable.

PROFIL

Une compétence en Neurologie générale, activité neuro-vasculaire aiguë et EEG est souhaitable.

Venez exercer votre spécialité, dans une bonne ambiance avec une équipe très dynamique et un cadre de travail idéal (bord de la Méditerranée à 10 mn des plages, 1h des Pyrénées, 1h de l'Espagne...).

L'équipe médicale actuelle du service de Neurologie :

- 4 Praticiens hospitaliers.
- Assistante médicale partagée avec le CHU de Montpellier 0,5 ETP.
- Internes 2 postes.



1 420 professionnels de santé



CHU de Martinique RECHERCHE

NEUROLOGUE Assistant.e / CCA / PHC

Le service de neurologie au CHUM est en pleine expansion :

Une unité d'épileptologie a vu le jour depuis 1 an avec 2 lits d'EEG vidéo entièrement équipés d'un matériel de pointe. Il comporte aussi 1 USINV de 6 lits, 12 lits d'UNV, 5 lits de neurologie générale, une HDJ avec 4 fauteuils et 3 lits, Activité variée en neurologie générale, épilepsie mais aussi en pathologies neuro-inflammatoires et neurovasculaires.

L'équipe comporte : 1 PU-PH, 6 PH, 1 CCA à partir de novembre 2025 : liens fonctionnels étroits entre les différentes unités. Internes DES, externes et FFI, orthophoniste, kinésithérapeutes, ergothérapeute et neuropsychologue.

L'environnement : Plateau technique de pointe : IRM H24, NRI sur place avec thrombectomie mécanique et prise en charge des anévrysmes, service de neurochirurgie contigu au service de neurologie, explorations fonctionnelles neurologiques EEG/ENMG, polysomnographie, explorations cardiovasculaires ETT ETO, écho doppler artériel, TEP SCAN grand champ et TEP IRM. Excellentes relations avec les neurochirurgiens, réanimateurs, cardiologues et internistes.

Il existe une très bonne collaboration avec le centre de référence caribéen des maladies rares neurogénétiques et neuromusculaire (CERCA qui compte 3 PH).

Les missions

- Participer à l'activité montante de l'épilepsie, en particulier au bilan préchirurgical de l'épilepsie. Structurer le parcours des personnes avec épilepsie en Martinique, en Guadeloupe, en Guyane puis dans le bassin caribéen, en collaboration avec 2 épileptologues de renom expérimentés (Pr Bertrand de Toffol et Dr Albert Colon).
- Participer à la filière AVC : possibilités de réalisation de nombreux essais cliniques, participer activement à la structuration de la filière AVC en équipe.

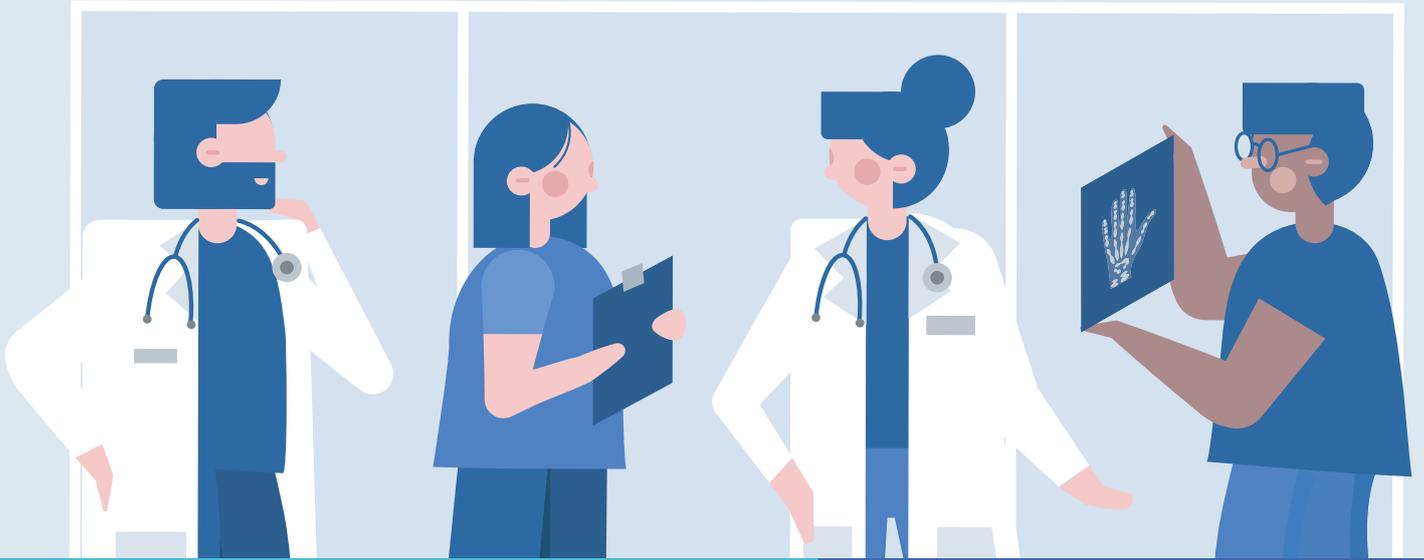
L'espace géographique

La Martinique et le bassin caribéen, région aux riches cultures avec une biodiversité à découvrir.

CONTACT

+596 696 55 20 00 poste 2742
aissatou.signate@chu-martinique.fr





Médecins - Soignants - Personnels de Santé

1^{er} Réseau Social
de la santé

1^{ère} Régie Média
indépendante
de la santé



Retrouvez en ligne des
milliers d'offres d'emploi



Une rubrique Actualité
qui rayonne sur
les réseaux sociaux



250 000 exemplaires de
revues professionnelles
diffusés auprès des
acteurs de la santé



Rendez-vous sur

www.reseauprosante.fr



Inscription gratuite

☎ 01 53 09 90 05

✉ contact@reseauprosante.fr