

JEUNE MG

Le Bulletin des Jeunes Médecins Généralistes

Snjmg

N°18
Juillet 2017



LA MÉDECINE,

Une affaire de femmes



Vous avez un projet d'installation ?



<https://installation-liberale.lamedicale.fr>

Site dédié à **l'installation**
et à la **1^{ère} activité libérale**
des professionnels de santé



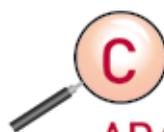
ESPACE PERSONNEL
GRATUIT



ACTUALITÉS,
VIDÉOS, TÉMOIGNAGES,
ARTICLES JURIDIQUES...



ACCOMPAGNEMENT ET
CONSEILS JURIDIQUES
DE NOTRE **EXPERT !**



CONTENU COMPLET
ADAPTÉ À VOTRE PROFESSION

» Contactez-nous :



www.lamedicale.fr et



application iPhone
et Android

► N°Cristal 0 969 32 4000

APPEL NON GRATUIT



SOMMAIRE

EDITORIAL

P. 05

ACTUALITÉS

P. 06/28

Le Distilbène (DES), une histoire exemplaire et sans fin :

Expérience de l'Association Réseau D.E.S. France.

Le DPC, un parcours de maintien de compétences pour tous les professionnels de santé

La e-consultation en Médecine Générale : Rêve lointain ou réalité palpable

EXERCICE PROFESSIONNEL

P. 30/39

Pour une Meuf : Pour une Médecine Engagée Unie et Féministe

Association cancer rose :

Le cancer du sein et son dépistage, une boule à facettes multiples

DEMANDES D'ARTICLES AUX COUPS DE POUCE OU CONTACTS D'ADHÉRENTS

P. 40/42

Thèse sur le lymphoedème après cancer du sein et sa prise en charge en médecine générale

PERSPECTIVES

P. 43/53

Communiqués de Presse

Réforme du 3^e cycle des études médicales : Un projet inachevé pour la Médecine Générale !

Modifications tarifaires pour la MG : Une correction nécessaire mais qui ne résout pas la crise de la discipline

Jeunes Médecins Généralistes, élection présidentielle et système de Santé

Santé : Le bilan en trompe l'œil de Marisol Touraine

Mme Agnes Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé sera-t-elle attentive à la Médecine Générale ?

Nouveau dossier de Personne Handicapée : Une simplification... mais pour qui ?

Risques psycho sociaux des jeunes médecins : Il reste beaucoup à faire !

Les propositions du syndicat des jeunes médecins généralistes à la nouvelle ministre de la Santé

Internat de médecine : Des épreuves effectuées dans des conditions intolérables !

Internat de médecine : Des engagements officiels suite au fiasco des épreuves (ECN)

ANNONCES DE RECRUTEMENT

P. 55/63



Cher(e)s tou(te)s,

Après une année bien remplie, le SNJMG vous souhaite un bel été à tous. Nous vous retrouverons dès la rentrée pour de nouvelles aventures.

Pour autant, nous sommes là pendant vos vacances alors restez connectés. Nous sommes toujours présents sur Twitter et Facebook aux adresses suivantes :

<https://twitter.com/snjmg>

<https://www.facebook.com/Le-Snjmg-236306783067361/>

Vous pouvez également nous retrouver sur notre site : www.snjmg.org.

Vous pourrez y consulter notre Newsletter ainsi que les infos qui ont jalonné cette année passée ensemble.

Passez tou(te)s un excellent été !

Dr Emilie FRELAT

Présidente du SNJMG

Présidente : Emilie FRELAT

Secrétaire général : David AZERAD

Secrétaire de Direction : Frédérique Jacquart

1^{ère} Vice-Présidente : Bernadette DREVON-ZAMBON

2^{ème} Vice-Présidente : Aurélie TOMEZZOLI

Trésorière Générale : Aysun EKEN OLCAY

Trésorier chargé de mission : Procope PANAGOULIAS

Chargé de mission "Privés de Thèse" : Arnaud DELOIRE

Rédactrice en chef : Emilie FRELAT

N°ISSN : 1243-3403

N° de commission paritaire : 74148

Régie publicitaire :

Reseauprosante.fr / Macéo éditions

6, avenue de Choisy | 75013 Paris | M. TABTAB Kamel, Directeur

Imprimé à 2100 exemplaires. Maquette 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.

Le Distilbène (DES), une histoire exemplaire et sans fin

Expérience de l'association Réseau D.E.S. France

Histoire d'une molécule

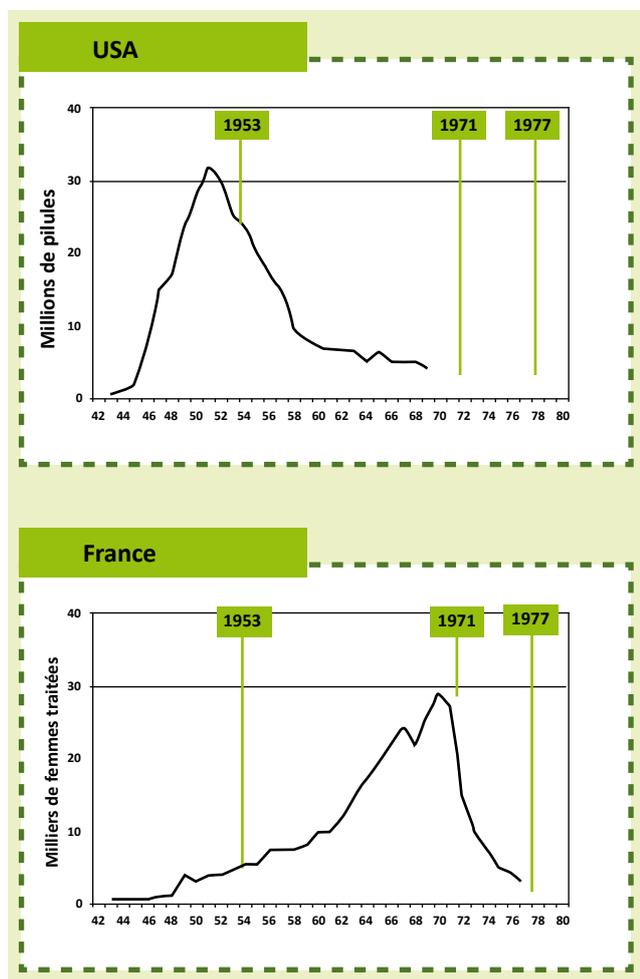
DES est la dénomination commune internationale du *diéthylstilbestrol*, œstrogène de synthèse découvert en 1938 par le médecin et chimiste anglais Charles Dodds. Le DES est alors considéré comme une "pilule miracle" permettant, grâce à un apport d'œstrogènes, d'éviter les fausses couches, mais cette hypothèse, qui n'était basée sur aucune preuve d'efficacité, s'est avérée erronée. Ces prescriptions ont des conséquences sur plusieurs générations.

1938-1977 : Quelques dates clés

Charles Dodds, qui a découvert le DES en 1938, ne dépose pas de brevet ; dans le monde entier, des centaines de firmes pharmaceutiques se mettent à commercialiser le DES.

En France, le DES est apparu sur le marché en 1940. Il a été prescrit essentiellement sous deux marques : Distilbène et jusqu'en 1974, Stilboestrol-Borne.

Périodes de prescription du DES, comparaison entre les Etats-Unis et la France.



1938 : découverte du DES

1953 : publication évoquant l'absence d'efficacité dans la prévention des fausses-couches [1].

1971 : aux États-Unis, la survenue alarmante de cas de cancers du vagin ou du col utérin (adénocarcinome à cellules claires, ou ACC) chez de jeunes femmes, âgées de 14 ans à 22 ans : la communauté médicale est en alerte [2].

Contre-indications aux femmes enceintes :

1971 : USA - Le Canada fait de même peu après.

1973 : Angleterre

1975 : Belgique et Pays-Bas

1976 : Irlande

1977 : France - Espagne - Allemagne

Malgré ces contre-indications, qui ne sont pas des retraits du marché, le DES a continué à être prescrit dans certains pays jusqu'au milieu des années 1980.

En France, une enquête rétrospective a permis d'estimer que le DES a été utilisé dans 200 000 grossesses, avec naissance d'environ 80 000 filles et 80 000 garçons [3].

Des conséquences qui apparaissent au fil des décennies et touchent plusieurs générations

Depuis 1971, chaque décennie apporte de nouvelles « révélations » sur des effets indésirables graves du DES. C'est le premier exemple d'effets à long terme et transgénérationnels de médicaments et le modèle utilisé par les chercheurs travaillant sur les perturbateurs endocriniens : « *une expérimentation humaine involontaire, riche en enseignements* » [4].

La 1^{ère} génération, celle des mères qui ont absorbé le DES pendant leur grossesse, a un risque accru de cancer du sein (30 %) [5].

Pour la 2^{ème} génération, exposée *in utero* : les effets indésirables du DES ont été observés par étapes.

Pour les « filles DES »

- ⊗ Années 70 : Adénocarcinomes à Cellules Claires (ACC) du vagin ou du col utérin chez de jeunes femmes [2], adénose (présence sur la partie externe du col, voire du vagin, d'une muqueuse de type glandulaire qui, normalement, n'est située que dans le canal interne du col utérin) [6].
- ⊗ Années 80 : malformations génitales [7], infertilité et plus grande fréquence d'accidents de grossesse : grossesses extra-utérines, avortements et prématurité [8, 9].

Avec l'avancée en âge des « filles DES », de nouveaux questionnements :

⊗ Années 2000 :

- Augmentation de fréquence des dysplasies cervicales [10],
- Risques de cancer du sein [11, 12, 13],
- Possible augmentation de cancers ACC « tardifs » [12, 14, 15, 16],
- Augmentation des ménopauses précoces [17],

⊗ **Années 2010** : des risques cardio-vasculaires (élévation du taux de cholestérol, hypertension) [18].

Pour les « fils DES »

Anomalies génitales cryptorchidies, hypospadias, kystes de l'épididyme, atrophies testiculaires [19] ; risque de cancer du testicule augmenté dans la majorité des études [20, 21].



Pour les « filles et fils DES », effets psychiques : un sujet débattu

Une synthèse de 2011 de la revue *Prescrire* a conclu que l'exposition au DES *in utero* s'accompagne d'une vraisemblable augmentation du risque de troubles psychiques tels que dépression et troubles du comportement alimentaire [22].

En janvier 2017, une nouvelle étude française a trouvé une augmentation significative (RR 1,7) de consulter un psychologue ou un psychiatre, pour la population exposée [23].

En avril 2017, une équipe de l'INSERM a constaté qu'une région de l'ADN, chez des personnes exposées *in utero* au DES et atteintes de schizophrénie, était méthylée différemment de celle d'autres personnes exposées, non porteuses de cette pathologie. Cette région de l'ADN comprend le gène ZPF57, connu par ailleurs pour jouer un rôle dans le neurodéveloppement: les auteurs encouragent la poursuite de la recherche [24].

Pour la 3^{ème} génération, « petits-enfants DES » issus de « filles DES » :

Chez les garçons, à partir des années 2000, taux élevé d'hypospadias [25, 26, 27, 28].

Chez les garçons et filles, interrogations sur des malformations extra-génitales : atrésies de l'œsophage [28, 29], malformations cardiaques [28, 30]. Une élévation du taux d'infirmes moteurs cérébraux liée à la prématurité est aussi rapportée [28].

Chez les filles, il n'a pas été observé de malformations de l'appareil génital [28, 30, 31]. Un retard de quelques mois dans l'âge de mise en place de cycles réguliers a été rapporté [30].

Le Distilbène en France

En 1974, J. Henry Suchet fait la première communication sur des cas d'adénose vaginale [34]. En 1975, J. Barrat publie sur le cancer ACC [35] et en 1982, A. Cabau, sur les anomalies utérines [36]. Ces publications ne trouvent que peu d'écho.

C'est après avoir interviewé le Dr Cabau que le Dr Escoffier-Lambiotte publiera dans «Le Monde», en 1983, l'article «Une monumentale erreur médicale : les enfants du Distilbène®».

Cet article a fait l'effet d'une bombe, auprès du grand public. Les messages diffusés alors se veulent rassurants : les doses prescrites, bien moindres qu'aux Etats-Unis, n'auront pas les mêmes conséquences.

L'étude du Pr Spira estime que 200 000 grossesses ont été traitées avec du DES, avec naissance de 80 000 filles et 80 000 garçons [37].

Il faudra attendre que les « filles DES » soient en projet d'enfant pour s'apercevoir que les effets sur la fertilité et le déroulement des grossesses sont bien les mêmes, avec l'étude de Pons et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, en 1988 [38].

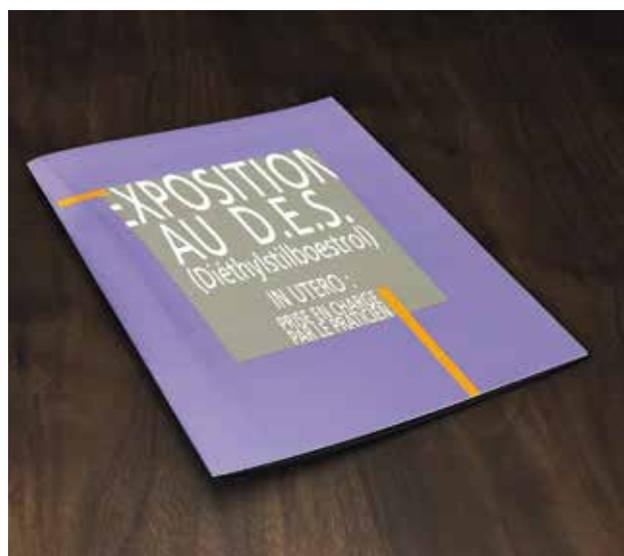
En 1989, une première brochure d'information est éditée par le Ministère de la Santé, à l'attention des professionnels de santé : « exposition au DES (diéthylstilboestrol) *in utero* : prise en charge par le praticien ».

Pour la 3^{ème} génération, « petits-enfants DES » issus de « fils DES » : doute sur un risque accru de malformations génitales chez les garçons, en particulier de cryptorchidie [32], déjà observées chez l'animal.

Pour la 4^{ème} génération, « arrière-petits-enfants DES » : la question se pose puisque des anomalies ont été observées chez l'animal et sont considérées comme possibles par les spécialistes de la transmission transgénérationnelle d'altérations épigénétiques [33].

Une première association de personnes concernées par le DES, DANE 45, est créée en 1986, remplacée en 1990 par INFO-DES.

En 1994, l'association Réseau D.E.S. France a été créée, sur la base de plusieurs constats : le manque d'information et le sentiment de solitude. Les personnes touchées par le DES sont aussi confrontées à deux situations : la minimisation ou la dramatisation des conséquences de la part des médecins.



La ligne de conduite de Réseau D.E.S. France

Ces constats successifs guideront les actions de l'association, au fil des années.

La volonté constante de l'association sera d'avoir accès à une information médicale fiable, actualisée, pour la diffuser, de manière complémentaire, en direction des personnes concernées, des « familles DES » ainsi qu'auprès des professionnels de santé.

L'information

Par l'apport de témoignages, Réseau D.E.S. France convaincra que l'information diffusée aux médecins en 1989 n'est pas connue de tous. Ainsi :

- L'adénose (qui évolue spontanément vers la régression, voire la guérison) fait encore l'objet de traitements intempestifs, qui peuvent conduire à une stérilité secondaire.
- Les cancers ACC peuvent être diagnostiqués tardivement.
- Des jeunes femmes présentant des fausses-couches tardives, pourtant évocatrices du DES, n'ont pas retenu l'attention...

Malgré différentes actions (animation, avec des médecins, de colloques d'information à destination de leurs confrères, première brochure destinée au grand public, campagnes de presse) nous constatons toujours que les jeunes femmes subissent des pratiques inadaptées, voire dommageables.

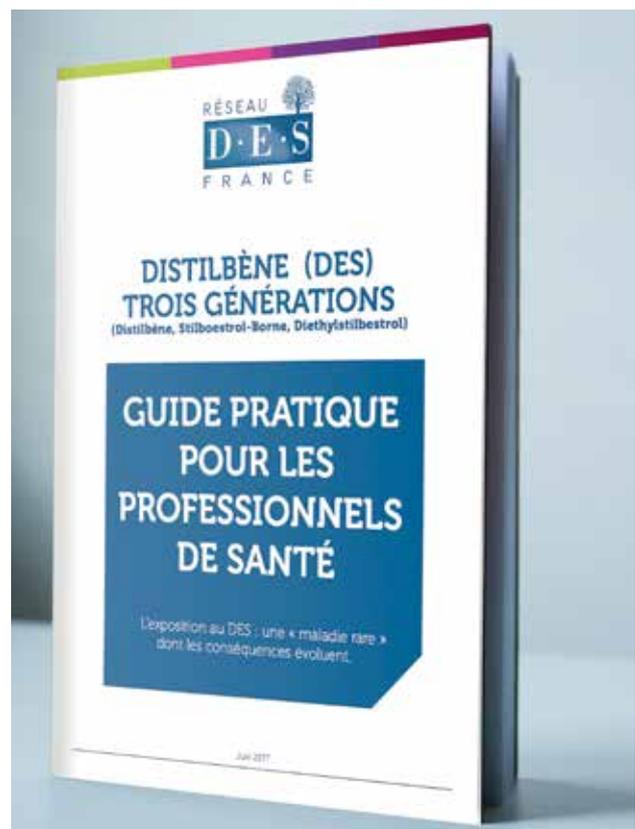
L'association comprend alors que seule une information fiable, actualisée par les recherches qui continuent de se faire aux USA, aux Pays-Bas et validée par des confrères français, pourra peut-être être reçue. Cela implique de ne communiquer que sur des conséquences reconnues par la communauté scientifique. **La solution sera, grâce à la participation active d'OPEN ROME (Réseau d'Observation des Maladies et des Epidémies - Jean-Marie Cohen et Marie Forestier), la création d'un Conseil Scientifique.**



Un véritable travail de coopération se mettra en place avec le Conseil Scientifique, qui ne sera pas seulement un lieu d'échanges sur les connaissances et pratiques médicales de ses membres, mais offrira aussi un espace d'écoute aux uns et aux autres.

En amont d'une réunion annuelle, l'association lui communiquera les interrogations posées par nos adhérents. En aval, elle rassemblera leurs réponses, et leur proposera la synthèse rédigée sous forme de « fiches techniques », qui ne seront publiées qu'après validation de chacun...

L'information se poursuit auprès de nos adhérents, du grand public, des professionnels de santé : publication d'une revue trimestrielle La Lettre, site internet (des-france.org), organisation d'un colloque au Sénat en 2010, réseaux sociaux, envoi de newsletters, mise en ligne de vidéos, publication de plusieurs Guides Pratiques (le dernier, pour les Professionnels de santé, a été mis à jour en juin 2017 [39]).



D'autres coopérations

Grâce à la mobilisation de notre Conseil Scientifique, l'association pourra informer le ministère de la Santé pour l'amélioration des pratiques.

L'association obtiendra de dépendre directement d'un service à la DGS, ce qui facilitera nos démarches. Une coopération avec les organismes de santé (ANAES, DSS, AFSSAPS, ...) se met en place :

- Évaluation, par l'ANAES, de la pratique de l'hystéroplastie d'agrandissement (qui ne doit pas être proposée en première intention).
- Mise en application de la prise en charge de la grossesse DES par un arrêt maternité spécifique (le repos limitant les accouchements prématurés), avec la Direction de la Sécurité Sociale (création d'un formulaire Cerfa n°51178#02).
- Évaluation des conséquences du DES en France, avec l'AFSSAPS (diffusion d'un questionnaire de signalement d'effets indésirables auprès de nos adhérents). En 2002 et 2011, l'AFSSAPS diffusera 2 actualisations de l'information auprès des médecins [40, 41].

Toutes ces démarches prendront plusieurs années. Le plus long combat fut l'amélioration de la prise en charge de la grossesse DES : premières actions dès 1999 (auprès de la CNAMTS), qui aboutiront en juillet 2006 pour les femmes relevant du régime général de la sécurité sociale ou de la MSA, en 2010 pour celles relevant de la fonction publique (une loi et deux décrets d'application).

Versant judiciaire du DES

La première procédure, lancée en 1990 pour faire parler du sujet en France, se terminera en 2006 par la condamnation du principal laboratoire, pour faute.

En 2009, Réseau D.E.S. France, en tant que personne morale, a choisi de devenir membre de la FNATH, l'association des accidentés de la vie, partageant une même éthique. La FNATH peut donner un avis sur la faisabilité d'une procédure judiciaire puis faire bénéficier l'adhérent d'un service juridique efficace pour un coût maîtrisé.

A l'international

L'association échange des informations avec les autres « groupes DES Action » dans le monde (USA, Pays-Bas, Australie, Belgique, en particulier) et a participé aux colloques de Dublin, Bruxelles, Washington et Amsterdam.

Le soutien

Au cours de toutes ces années, nous avons apporté un soutien à nos adhérents, par des groupes des paroles, dans des rencontres. Cela se poursuit, notamment par notre permanence téléphonique.

Expérience particulière : mise en œuvre du projet « Etude DES 3 générations » lancé en 2013

Il s'agit d'une étude rétrospective de cohortes, qui a connu un succès exceptionnel, avec plus de 10 000 réponses à six questionnaires. L'analyse de ces données est à l'origine de trois publications, sur les conséquences pour « petits-enfants DES » (issus de « filles DES »), sur le risque de cancers pour les « filles DES », sur le risque accru de consulter un psychiatre ou un psychologue pour les « filles DES » [28, 13, 23].

Cette action, portée par l'association a été financée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament, suite à un appel à projets compétitif lancé en 2012 auprès des associations de patients.

La Mutualité Française, sollicitée, s'est beaucoup impliquée, en apportant un soutien logistique et en relayant l'information par ses propres canaux internes.

Une couverture médiatique importante a été obtenue, tant au niveau national que local, notamment à l'occasion de rencontres organisées dans différentes villes. Des vidéos ont été mises en ligne pour présenter le projet.

L'association a également sollicité les professionnels de santé pour diffuser l'information de cette étude. L'Ordre des Médecins, l'Ordre des pharmaciens, l'Ordre des sages-femmes, plusieurs syndicats de pharmaciens ont répondu à cet appel.

De nouvelles participations

Le problème de santé publique qu'est le *DES* a eu comme impact d'améliorer la pharmacovigilance, en France comme ailleurs. A partir de 2011 et de sa participation aux Assises du médicaments, l'association a décidé de s'impliquer davantage en matière de pharmacovigilance, en participant à des réunions d'organismes de santé ou de collectifs inter-associatifs :

- Auprès de l'ANSM : participation aux actions menées en direction des associations de patients : rencontres annuelles et depuis 2016, participation au comité d'interface.
- Au sein d'un collectif inter-associatif coordonné par la revue *Prescrire*.



Isabelle, née en 1968
Je suis une victime du Distilbène
I am a DES victim

Je suis un cas sans précédent.
Ils m'ont tout pris...
mes 20 ans, mes 40.
Cancer ACC du col de l'utérus.
24 ans plus tard, récurrence métastatique au foie.
Mais le pire qu'ils m'aient pris,
c'est cette petite voix que je n'entendrai pas,
celle qui ne m'appellera jamais Maman.

I am an unprecedented case.
They've deprived me of everything...
all my years, my 20's, my 40's.
Cervix CCA cancer.
24 years later, relapse, liver metastases.
But the worst thing they ever took from me
is that little voice I shall never hear,
the one that will never call me Mummy.

Nous, « femmes Distilbène »,
demandons que les recherches se poursuivent.

Quel rôle le DES, perturbateur endocrinien,
joue-t-il dans les problèmes de santé que nous et nos enfants,
rencontrons aujourd'hui et rencontrerons demain ?

L'histoire du DES montre que la pharmacovigilance
doit être indépendante et menée sur le long terme.

We, « DES daughters »,
ask that research will continue.

We want to know the role of DES, an endocrine disruptor,
in the health problems that we and our children,
face today and will face in the future.

The DES story shows pharmacovigilance
must be independent and followed up on the long term.



L'association souhaite sensibiliser le grand public à la pharmacovigilance. Elle a déjà mis en ligne, sur YouTube, une vidéo de témoignages de femmes exposées in utero au *DES*. Les participantes ont toutes souhaité partager leur histoire, afin que nos sociétés n'oublient pas l'impact du *DES*, restent attentives : vigilantes.

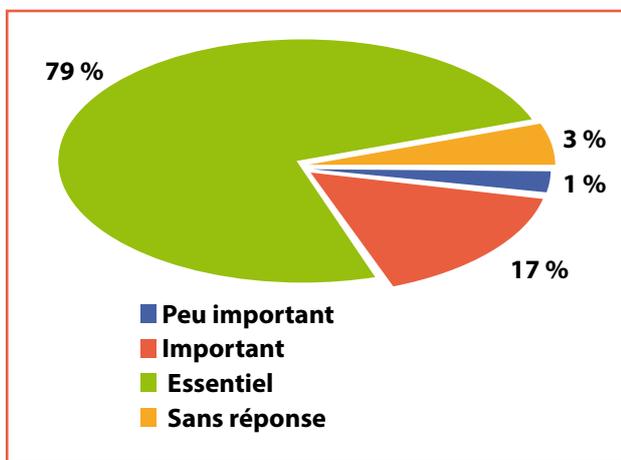
Depuis 2016, Réseau D.E.S. France bénéficie d'un agrément national, accordé par le Ministère de la Santé. Elle s'est jointe à la création de France Assos Santé, le 23 mai 2017, car elle se sent porteuse d'une expérience qui peut enrichir la réflexion d'autres associations œuvrant dans le domaine de la santé.

Clip DES de 3'35 : témoignages et vigilance

En 2017

Comme on l'a vu, avec les récentes publications, l'histoire du *DES* continue d'évoluer.

L'association a toujours milité pour une prise en charge médicale bien conduite, qui permette de réduire les risques liés aux séquelles du *DES* et de détecter à temps les conséquences. En mai 2017, nos adhérents ont répondu à un questionnaire sur leurs attentes vis-à-vis de Réseau D.E.S. France : pour 79 % d'entre eux, la mise à jour et la diffusion d'une information médicale fiable est « essentielle ».



L'actualité est toujours d'exiger que les « filles DES » bénéficient du suivi spécifique dont elles ont besoin, du fait de leur risque de cancers gynécologiques.

Or, en 2011, les résultats d'une enquête menée par l'AFSSAPS [42] indiquaient que *"la mémoire se perd et que seule une partie du corps médical connaît précisément les conséquences de l'exposition in utero au D.E.S"*.

En mai 2017, seules 21 % de nos adhérentes estiment que leur praticien connaît bien ou très bien les conséquences du *DES*...

La situation actuelle, où les gynécologues-obstétriciens sensibilisés aux conséquences du *DES* partent à la retraite, parfois sans remplaçant, vous place, en tant que médecins généralistes, en première ligne. Le lien de confiance que vous établissez avec une « patiente DES » est précieux.

Cette « fille DES », attend de vous que vous l'écoutez, que vous ne minimisiez pas ses craintes lorsqu'elle présente un symptôme inhabituel. Comme toute personne touchée par une pathologie rare, elle est une « patiente-expert », vivant depuis des décennies avec les conséquences de son exposition.

Cette patiente peut également vous consulter pour ses enfants, nés prématurément, avec des conséquences variables, ou pour lesquels elle s'interroge sur un possible lien entre *DES* et des malformations.

Une des préoccupations actuelles de l'association est de trouver les moyens permettant aux professionnels de santé d'apporter des réponses aux interrogations des « filles » et des « fils DES », pour leurs enfants (« 3^{ème} génération DES »).

Madame Emmanuelle BRUN

Bibliographie

- [1] Dieckmann WJ et coll. "Does the administration of diethylstilbestrol during pregnancy have therapeutic value?" *Am J Obstet Gynecol* 1953 ; 66 (5) : 1062-81.
- [2] Herbst AL, Ulfelder H et Poskanzer DC "Adenocarcinoma of the vagina. Association of maternal stilbestrol therapy with tumor appearance in young women" *N Engl J Med* 1971 ; 284 (15) : 878-81.
- [3] Spira A et coll. "L'administration de diéthylstilboestrol (DES) pendant la grossesse. Un problème de santé publique" *Rev Epidem Santé Publique* 1983 ; 31 : 249-272.
- [4] Fénichel P. L'exposition au Distilbène® : une expérimentation humaine involontaire, riche en enseignements. in Levadou A. Tournaire M. DES Trois générations : réalités – perspectives. Réseau D.E.S. France éditeur, Mont de Marsan. 2010:81-95.
- [5] Colton T et coll. "Breast cancer in mothers prescribed diethylstilbestrol in pregnancy. Further follow-up" *JAMA* 1993 ; 269 : 2096-100.
- [6] Stafil A, Mattingly RF. Vaginal adenosis: a precancerous lesion? *Am J Obstet Gynecol.* 1974;120:666-77.
- [7] Kaufman RH et coll. "Upper genital tract changes and pregnancy outcome in offspring exposed in utero to diethylstilbestrol" *Am J Obstet Gynecol* 1980 ; 137 : 299-308
- [8] Epelboin S. Retentissement sur la fertilité féminine. In Levadou A. Tournaire M. DES Trois générations : réalités – perspectives. Réseau D.E.S. France éditeur, Mont de Marsan. 2010:47-80.
- [9] Tournaire M. Surveillance des grossesses chez les femmes exposées au DES in utero. in Levadou A. Tournaire M. DES Trois générations : réalités – perspectives. Réseau D.E.S. France éditeur, Mont de Marsan. 2010:81-95.
- [10] Hatch EE, Herbst AL, Hoover RN, Noller KL, Adam E, Kaufman RH, Palmer JR, Titus-Ernstoff L, Hyer M, Hartge P, Robboy SJ. Incidence of squamous neoplasia of the cervix and vagina in women exposed prenatally to diethylstilbestrol (United States). *Cancer Causes Control.* 2001;12:837-45.
- [11] Palmer JR, Wise LA, Hatch EE, Troisi R, Titus-Ernstoff L, Strohsnitter W, Kaufman R, Herbst AL, Noller KL, HYER M, Hoover RN. Prenatal diethylstilbestrol exposure and risk of breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers.* 2006;15:1509-14.
- [12] Verloop J, van Leeuwen FE, Helmerhorst TIM, van Boven HH, Rookus MA. Cancer risk in DES daughters. *Cancer Causes Control.* 2010 ;21 :999-1007
- [13] Tournaire M, Devouche E, Espié M, Asselain B, Levadou A, Cabau A, Dunbavand A, Grosclaude P, Epelboin S. Cancer risk in women exposed to diethylstilbestrol in utero. *Thérapie.* 2015;70:433-441.
- [14] Keller C, Nanda R, Shannon RL, Amit A, Kaplan AL. Concurrent primaries of vaginal clear cell adenocarcinoma and endometrial adenocarcinoma in a 39-year old woman with in utero diethylstilbestrol exposure. *Int J Gynecol Cancer.* 2001;11:247-50.
- [15] Smith EK, White MC, Weir HK, Peipins LA, Thompson TD. Higher incidence of clear cell adenocarcinoma of the cervix and vagina among women born between 1947 and 1971 in the United States. *Cancer Causes Control.* 2012;23:207-11.
- [16] Herbst AL, Anderson D. Diethylstilbestrol (DES) Pregnancy Treatment: A Promising Widely Used Therapy with Unintended Adverse Consequences. *AMA J Ethics.* 2015;17:865-70.
- [17] Hoover RN, Hyer M, Pfeiffer RM, Adam E, Bond B, Cheville AL, et coll. Adverse health outcomes in women exposed in utero to diethylstilbestrol. *N Engl J Med.* 2011;365:1304-14.
- [18] Troisi R, Hyer M, Hatch EE, Titus-Ernstoff L, Palmer JR, Strohsnitter WC, Herbst AL, Adam E, Hoover RN. Medical conditions among adult offspring prenatally exposed to diethylstilbestrol. *Epidemiology.* 2013 ;24 :430-8.
- [19] Palmer JR, Herbst AL, Noller KL, Boggs DA, Troisi R, Titus-Ernstoff L, Hatch EE, Wise IA, Strohsnitter WC, Hoover RN. Urogenital abnormalities in men exposed to diethylstilbestrol in utero : a cohort study. *Environ Health.* 2009;8:37-43.
- [20] Strohsnitter WC, Noller KL, Hoover RN, Robboy SJ, Palmer JR, Titus-Ernstoff L, Kaufman RU, Adam E, Herbst AL, Hatch EE. Cancer risk in men exposed in utero to diethylstilbestrol. *J Nat Cancer Inst.* 2001;93:545-51.
- [21] Tournaire M, Haie-Meder C. Cancer et DES : 3 générations. In Levadou A. Tournaire M. DES Trois générations : réalités – perspectives. Réseau D.E.S. France éditeur, Mont de Marsan. 2010:143-159.

- [22] Prescrire - Anonyme - Troubles psychiques après exposition in utero au DES : La Revue Prescrire, 2011;31:513-16
- [23] Verdoux H, Devouche E, Tournaire M, Levadou A. Impact of prenatal exposure to diethylstilbestrol (DES) on psychological outcome: a national survey of DES daughters and unexposed controls. *Arch Womens Ment Health*. 2017;20:389-395
- [24] Rivollier F, Chaumette B, Bendjema N, Chayet M, Millet B, Jaafari N, Barhdadi A, Lemieux Perreault LP, Provost S, Dubé MP, Gaillard R, Krebs MO, Kebir O. Methylomic changes in individuals with psychosis, prenatally exposed to endocrine disrupting compounds: Lessons from diethylstilbestrol. *PLoS One*. 2017;12(4):e0174783. doi: 10.1371/journal.pone.0174783.
- [25] Klip H, Verloop J, van Gool JD, Koster ME, Burger CW, van Leeuwen FE; OMEGA Project Group. Hypospadias in sons of women exposed to diethylstilbestrol in utero: a cohort study. *Lancet*. 2002;359:1102-7.
- [26] Epelboin S. Filles et garçons de la 3e génération influence de l'exposition intra-utérine au DES sur la descendance des femmes exposées. In Levadou A. Tournaire M. DES Trois générations : réalités – perspectives. Réseau D.E.S. France éditeur, Mont de Marsan. 2010:127-141
- [27] Kalfa, N., Paris, F., Soyer-Gobillard M.-O. Daures, J.-P. and Sultan Ch. High incidence of hypospadias in grand-sons of women exposed to DES during pregnancy : a nationwide multigenerational study. *Fertil. Steril*. 2011;95:2574-2577.
- [28] Tournaire M, Epelboin S, Devouche E, Viot G, Le Bidois J, Cabau A, Dunbavand A, Levadou A. Adverse health effects in children of women exposed in utero to diethylstilbestrol (DES). *Thérapie*. 2016;71:395-404.
- [29] Felix JF, Steegers-Theunissen RPM, de Walle HEK, de Klein A, Torfs CP, Tibboel D. Esophageal atresia and tracheoesophageal fistula in children of women exposed to diethylstilbestrol in utero. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197:38.e1-e5.
- [30] Titus-Ernstoff L, Troisi R, Hatch EE, Palmer JR, Hyer M, Kaufman R, Adam E, Noller K, Hoover RN. Birth defects in the sons and daughters of women who were exposed in utero to diethylstilbestrol (DES). *Int J Androl*. 2010;33:377-84.
- [31] Kaufman RH, Adam E. Findings in female offspring of women exposed in utero to diethylstilbestrol. *Obstet Gynecol*. 2002;99:197-200.
- [32] Ferreira-De-Matos C, Araujo M, Lacroix I, Montastruc JL, Tournaire M, Levadou A, Damase-Michel C. Transgenerational effects of in utero exposure to diethylstilbestrol (DES): genital birth defects in « DES grandsons » (third generation). Congrès annuel de la Société Française de Pharmacologie et Thérapeutique 19-21 Avril 2017 Rouen
- [33] Fénichel P, Brucker-Davis F, Chevalier N. The history of Distilbène® (Diethylstilbestrol) told to grandchildren - the transgenerational effect. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2015;76:253-9.
- [34] Henry-Suchet J. - Une maladie d'actualité : l'adénose vaginale ». *Contracept Fertil Sex (Paris)*, 1975;6:404-410.
- [35] Barrat J, Brocheriou C, Maria B, Darbois Y, Faguer C, Hervet E. « Adénocarcinome vaginal à cellules claires chez la jeune fille. A propos d'une observation personnelle. » *J. Gynecol Obstet Biol Reprod* 1975;4:1093-1102
- [36] Cabau A. Malformations utérines chez les filles exposées au Distilbène® pendant leur vie embryonnaire. Conséquences sur leur fécondité. *Contracept Fertil Sex (Paris)* 1982;10:477-487.
- [37] Spira A, Goujard J, Henrion R, Lemerle J, Robel P, Tchobrousky C. Administration of diethylstilbestrol during pregnancy, a public health problem. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1983;31:249-72.
- [38] Pons JC et coll. "Devenir des grossesses des patientes exposées in utero au diéthylstilbestrol" *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1988 ; 17 : 307-16.
- [39] Levadou A, Tournaire M, DISTILBENE (DES) TROIS GENERATIONS (Distilbène, Stilboestrol-Borne, Diethylstilbestrol) GUIDE PRATIQUE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ – Version détaillée 24 pages, mise à jour en juin 2017, à télécharger depuis le site des-france.org
- [40] Afssaps : Diéthylstilbestrol et risque de complications génitales et obstétricales- Lettre aux prescripteurs du 30/11/2002
- [41] Afssaps - Mise au point : Complications liées à l'exposition in utero au diethylstilbestrol (DES) (Distilbène®, Stilboestrol-Borne®) - Actualisation 2011.
- [42] Afssaps - Enquête sur l'état des connaissances relatives aux effets indésirables liés à l'exposition in utero au diéthylstilbestrol (DES) - Juin 2011

Le DPC, un parcours de maintien de compétences pour tous les professionnels de santé



Une réforme du DPC dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé

Le rapport IGAS de novembre 2008 de Pierre-Louis Bras et Gilles Duhamel qui a posé le concept de DPC, en proposait la définition suivante : «*Les médecins ont l'obligation de s'inscrire dans une démarche de développement professionnel continu : ils veillent à maintenir à actualiser leurs connaissances, ils perfectionnent leur « savoir-être », gèrent les risques inhérents à leur pratique. A cet effet, ils ont le devoir de participer à des actions de formation continue, d'évaluer leurs pratiques et sont astreints du moins pour les spécialités à risques à la déclaration et l'analyse des événements indésirables et porteurs de risques.*

Cette obligation a pour objectifs d'améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Les médecins doivent attester de leur inscription dans une démarche de DPC continu en justifiant d'une part qu'ils consacrent sur cinq ans environ 4 jours /an à la formation médicale continue, d'autre part qu'ils ont participé dans l'année à une démarche d'évaluation de leur pratique ou qu'ils sont engagés dans la procédure d'accréditation ».

Dans les suites de ce rapport, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST – article 59) a posé, à l'égard de chaque professionnel de santé quel que soit son mode d'exercice, une obligation individuelle de développement professionnel continu (DPC). Elle a confié à l'organisme de gestion du DPC (OGDPC) la gestion du dispositif.

Face à certaines critiques des professionnels de santé, la ministre des Affaires Sociales et de la Santé a missionné l'IGAS pour qu'elle analyse l'adéquation de l'organisation et des moyens de l'OGDPC aux enjeux du DPC et que, le cas échéant, elle formule des propositions d'amélioration du dispositif. Dans son rapport d'avril 2014¹, Le

rapport rendu notait que la réforme comportait des avancées de principe extrêmement fortes et structurantes auxquelles il ne fallait pas renoncer.

- Une obligation de formation commune à toutes les professions de santé quel que soit leur mode d'exercice.
- Une obligation alliant apport de connaissances et évaluation des pratiques professionnelles.
- L'instauration d'une procédure d'évaluation préalable des organismes.
- La lisibilité de l'offre de formation, offerte à tous, en un point unique.

Mais l'IGAS notait également qu'aucune d'entre elles n'avait connu de véritable concrétisation dans le dispositif tel qu'il fonctionne aujourd'hui. La mission de l'IGAS d'abord centrée sur le contrôle de l'OGDPC a rapidement constaté que les difficultés de fonctionnement de cet organisme étaient essentiellement dues à de nombreux « vices de conception » originels du dispositif.

L'IGAS a en particulier pointé le fait que l'OGDPC a été victime d'un tropisme de par son origine et sa destination première, à savoir un organisme dédié au monde libéral, et que les représentants du monde hospitalier avaient à ce titre dénoncé une organisation éloignée de leur fonctionnement et de leurs problématiques. Elle a également mis en exergue le fait que la définition du DPC donnée en 2009 qui le confondait avec l'ensemble du champ de la formation continue s'était détournée des propositions de ses concepteurs.

Elle a proposé plusieurs scénarios de refondation du DPC qui ont été soumis à la concertation des acteurs.

¹ Rapport IGAS – avril 2014 – « Contrôle de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel des professionnels de santé »

Une nouvelle définition du DPC

Le DPC a été repensé comme un parcours pluriannuel et repose sur les principes suivants :

- ⊗ Le DPC est une démarche globale comprenant des actions de formation continue, d'évaluation des pratiques, de gestion des risques qui peuvent être réalisées soit distinctement soit couplées au sein de programmes dit « intégrés » ;
- ⊗ Il constitue une obligation triennale pour les professionnels de santé qui doivent rendre compte tous les trois ans via un outil de traçabilité adapté de leur engagement dans la démarche ;
- ⊗ Il porte sur le cœur de métier : le processus de prise en charge, dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- ⊗ Il a un contenu scientifique validé ;
- ⊗ Il s'inscrit dans des priorités pluriannuelles de trois ordres définies par arrêté : des priorités par profession et/ou discipline, des priorités nationales de santé, des priorités fixées dans le cadre du dialogue conventionnel².

Une association des collèges nationaux professionnels au dispositif

Les collèges nationaux professionnels ont une place majeure dans le portage scientifique et pédagogique du dispositif.

- ⊗ Proposer les orientations prioritaires pluriannuelles pour la profession ou la discipline.
- ⊗ Proposer les modes d'actions pertinents pour remplir l'obligation de DPC pour la profession ou la discipline.
- ⊗ Proposer la répartition du temps dédié à l'actualisation des connaissances, l'évaluation des pratiques, les activités d'enseignement et de formation, etc.
- ⊗ Identifier les méthodes les plus pertinentes pour la profession ou la discipline en lien avec la HAS ;

Cette proposition vise à constituer de façon progressive des structures de type « boards »

anglo-saxons en charge du portage de la démarche d'amélioration de la compétence pour chaque profession.

La création de l'Agence nationale du DPC

La concertation a également conduit à proposer la transformation de l'OGDPC en agence nationale du DPC (ANDPC) et d'en revoir la gouvernance. Si l'ANDPC est toujours chargée d'assurer la gestion et le financement du DPC des professions libérales ayant conventionné avec l'assurance maladie et des professionnels de santé salariés des centres de santé, elle a désormais pour mission d'assurer **le pilotage politique du dispositif de DPC** pour l'ensemble des professionnels de santé et en lien avec tous les acteurs institutionnels, professionnels et syndicaux du système de santé.

La loi a ainsi créé l'ANDPC, constituée par voie de convention entre l'Etat et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), sous la forme d'un groupement d'intérêt public³, qui s'est substituée le 8 juillet 2016 à l'OGDPC. Elle a attribué à l'agence de nouvelles missions et responsabilités en vue de proposer et garantir aux professions de santé un DPC de qualité et répondant aux objectifs prioritaires d'amélioration de la santé portés par la stratégie nationale de santé.

⊗ Ses priorités d'actions

→ Pilotage par une mise en œuvre de la performance qualitative du dispositif.

Pour 2016, les textes réglementaires se sont attachés à redéfinir un processus d'évaluation qualitative de l'offre de DPC avec trois objectifs :

- Ne pas permettre à tous les organismes de s'enregistrer a priori comme organismes de DPC mais mettre en œuvre en amont une sélection des organismes éligibles à la qualité d'organismes de DPC ;
- Evaluer a priori les programmes proposés au-delà du programme dit « vitrine » sur des critères scientifiques et pédagogiques ;
- Contrôler la bonne réalisation des programmes.

² Arrêté du 8 décembre 2016 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018

³ Décret n°2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé

→ Pilotage par une mise en œuvre de la performance financière du dispositif.

Pour assurer l'augmentation du nombre de professionnels de santé engagés chaque année dans une démarche de DPC de qualité et permettre la soutenabilité financière du dispositif en contrainte budgétaire, l'ANDPC prend en 2016 la suite de la réflexion déjà engagée par l'OGDPC fin 2015 sur le modèle économique du DPC et sa prise en charge.

🔗 **Son organisation**

Pour mener à bien les missions qui lui sont confiées, l'ANDPC compte désormais 67 personnes. Elle a été restructurée en trois directions :

- La direction du développement et de la qualité du DPC (développement et relations institutionnelles, évaluation et contrôle des organismes et actions de DPC, gestion des commissions scientifiques indépendantes) ;
- La direction de la stratégie financière et des opérations (budget et contrôle de gestion, assistance et gestion administrative du DPC, gestion des opérations des professions libérales conventionnées avec l'assurance maladie et relations avec les OPCA) ;
- Le secrétariat général (fonctions supports et logistique de l'agence).

🔗 **Sa gouvernance**

L'agence s'appuie, par ailleurs, sur une gouvernance composée de différentes instances dont le périmètre de décision a été clairement défini avec l'objectif d'associer et responsabiliser les professionnels de santé au pilotage du DPC :

- L'Assemblée générale composée des membres fondateurs du GIP qui assure les missions de conseil d'administration de l'ANDPC (président : Eric Haushalter) ;
- Le Haut conseil du DPC, instances consultative sur les orientations en matière de politique du DPC et représentant l'ensemble des parties prenantes (président : Dr Jean-François Thébaut) ;
- Le comité d'éthique qui assure une fonction d'aide, de conseil et de prévention des conflits d'intérêt (président : Edouard Couty) ;

→ Huit commissions scientifiques spécialisées (la huitième sera prochainement créée pour les médecins) qui ont pour rôle central d'évaluer la qualité des actions et programmes et dont les membres sont désignés par les CNP et les organisations professionnelles ;

→ Le conseil de gestion chargé du pilotage et du suivi des enveloppes allouées aux professions libérales conventionnées par l'assurance maladie. Ce conseil est paritaire et associe les administrateurs du GIP et les représentants des professionnels financés par l'Agence (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, biologistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures podologues) ;

→ Dix sections professionnelles chargées de la gestion de l'enveloppe de chaque profession conventionnée éligible au financement de l'Agence désignées par les organisations syndicales représentatives.

Nouvelle définition du DPC, rôle renforcé des CNP, réforme de la gouvernance, Ces principes ont été inscrits dans la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de soins ainsi que dans les textes réglementaires publiés en 2016.

Premières réalisations

L'Agence nationale du DPC a articulé ses premiers chantiers autour de 3 grands axes.

Installer le dispositif collaboratif en réunissant ses 21 instances et 357 membres.

L'ensemble de ses instances ont été installées et ont endossé pleinement et rapidement leurs missions. Ainsi depuis 1 an, 69 réunions ont été tenues.

Deux actions majeures ont été menées, l'une par le comité d'Éthique relative à la prévention des conflits d'intérêt notamment des commissions scientifiques indépendantes chargées d'évaluer les actions de DPC. Par ailleurs, Le Haut Conseil du DPC a validé le plan de contrôle qualité de l'Agence et l'accompagne sur deux chantiers spécifiques : le document de traçabilité qui permettra à chaque professionnel de retracer son parcours de DPC et d'en rendre compte et la mise en place d'un système de signalement.

Nombre de réunions des instances de l'Agence depuis juillet 2016 :

- ⊗ 8 du Comité d'éthique ;
- ⊗ 3 de l'Assemblée Générale ;
- ⊗ 3 du Conseil de Gestion ;
- ⊗ 13 des Sections Professionnelles (SP), dont 3 de la SP médecins ;
- ⊗ 2 du Haut Conseil du DPC ;
- ⊗ 3 du Bureau du Haut Conseil du DPC ;
- ⊗ 37 des 7 Commissions Scientifiques indépendantes (CSI), dont 7 pour la CSI médecins.

Garantir la qualité de l'offre DPC par un renforcement de la politique qualité relative au DPC et une sécurisation juridique du dispositif de contrôle.

L'Agence est en cours d'évaluation de l'ensemble des organismes qui demandent leur enregistrement comme organisme de DPC sur la base de critères qualité publiés dans l'arrêté du 14 septembre 2016.

Elle procède également depuis mars 2017, au retrait d'actions déposées sur son site s'inscrivant en dehors des orientations prioritaires, hors champ d'exercice réglementaire des professions visées ou portant sur des médecines et pratiques dites complémentaires qui n'ont pas fait l'objet de consensus sur leurs bienfaits thérapeutiques.

Par ailleurs, depuis le mois d'avril, les équipes de l'Agence s'assurent avant la mise en ligne des actions de DPC de leur conformité. L'Agence s'engage à publier une action proposée sous un délai de 72h ouvrées si elle répond bien à l'ensemble des exigences du DPC. Si l'action est conforme, elle est alors proposée aux professionnels de santé sur www.agencedpc.fr et www.mondpc.fr. Dans le cas contraire, une notification est adressée à l'ODPC pour l'informer des raisons de la non publication de l'action.

Chiffres du DPC :

- ⊗ 1 901 organismes habilités à proposer des actions de DPC, dont 878 visant au moins les médecins ;
- ⊗ 11 200 actions de DPC publiées sur les sites de l'Agence, dont 4 913 visant les médecins ;
- ⊗ 775 actions évaluées par les CSI, dont 49 % favorables ;
- ⊗ 3 061 actions de DPC analysées avant publication, dont 88 % publiées.

Repenser le modèle économique du DPC afin d'assurer la soutenabilité financière du dispositif et pouvoir contribuer à la prise en charge des actions ou programmes de DPC pour 10 professions libérales ou exerçant en centre de santé conventionné, et ce, tout au long de l'année.

Les équipes de l'Agence ont mené en collaboration avec les sections professionnelles un travail de fond autour des forfaits de prise en charge et du modèle économique du DPC pour répondre au mieux à la forte dynamique d'inscription et à l'évolution du cadre réglementaire. Ces réflexions ont notamment introduits trois notions majeures :

- ⊗ La prise en charge dégressive en fonction du nombre de participants.
- ⊗ La définition d'une nouvelle unité de valorisation exprimée en heure, ce qui permet, notamment pour les actions de DPC non-présentielles, de différencier les paiements selon la durée effective de la séquence.
- ⊗ La mise en place d'un système de liste d'attente de prise en charge, qui intervient si une enveloppe métier est entièrement engagée, pour que les fonds récupérés par les annulations des sessions de DPC puissent être réaffectés à d'autres professionnels de santé, s'ils le souhaitent.

En 2017, les révisions de forfait ont permis de capitaliser près de 14 millions d'euros.

Les chiffres relatifs à la dynamique des inscriptions (au 31 mai 2017) :

- ⊗ 114 282 inscriptions à une action de DPC, dont 50 660 inscriptions médecins ;
- ⊗ 92 470 professionnels de santé engagés, dont 33 156 médecins différents ;
- ⊗ 66 % des médecins engagés dans une action de DPC en 2017 sont spécialisés en médecine générale.

En pratique pour les médecins

Chaque médecin doit réaliser un parcours sur une période de 3 ans en suivant des actions de DPC soit indépendamment les unes des autres soit regroupées au sein d'un même programme.

Ces actions se déclinent en 3 axes :

- Action de formation continue (concernant le maintien ou l'approfondissement des connaissances et compétences) ;
- Action d'évaluation des pratiques professionnelles (permettant une réflexion sur la démarche et les caractéristiques de la pratique professionnelle effective du professionnel) ;
- Gestion des risques (visant à identifier, évaluer et prioriser des risques relatifs aux activités d'un métier ou d'une organisation).

Au cours des 3 ans, le professionnel de santé aura le choix de :

- Suivre le parcours recommandé par les CNP pour sa profession ou spécialité (ces parcours sont en construction) ;
- Suivre au moins deux des types d'actions sur les trois proposées dans le cadre du DPC dont l'une devra obligatoirement répondre à une orientation nationale prioritaire ;
- Entrer dans une démarche d'accréditation.

Afin de proposer un service évolutif et des outils adaptés aux besoins des acteurs du DPC, les équipes de l'Agence sont mobilisées pour l'amélioration de la qualité de service rendu aux professionnels de santé, qui bénéficient de :

- Un site internet dédié : www.mondpc.fr, pour s'informer sur l'ensemble des organismes et actions de DPC. Les professionnels de santé éligibles au financement de l'Agence doivent créer un compte leur permettant d'accéder à un espace personnel pour s'inscrire à une action de DPC directement en ligne et percevoir leur indemnisation (retrouvez les forfaits de prise en charge des actions de DPC pour les médecins depuis la rubrique « Forfaits »).
- Une plateforme téléphonique à l'écoute des professionnels de santé qui propose un accompagnement personnalisé pour chacun dans leur démarche de DPC.

Pour suivre une action de DPC en tant que professionnels de santé exerçant en mode libéral à plus de 50 % éligibles au financement par l'Agence, les différentes étapes sont :

- La création d'un compte personnel sur www.mondpc.fr ;

- L'inscription via leur compte personnel à la session de leur choix parmi la liste des actions de DPC publiée sur le site ;
- Le suivi de l'intégralité de l'action ou du programme de DPC.

Pour suivre une action de DPC en tant que professionnel de santé exerçant à plus de 50 %, hospitalier, salarié ou autre libéral, les différentes étapes sont :

- La consultation de la liste des actions de DPC disponibles sur www.mondpc.fr ;
- L'inscription à la session choisie auprès de l'ODPC via votre employeur ou votre OPCA ;
- Le suivi de l'intégralité de l'action ou du programme de DPC.

Une fois l'action ou le programme de DPC terminé(e), l'organisme de DPC remet une attestation au professionnel de santé.

Les autorités qui contrôlent le respect de l'obligation de parcours des professionnels de santé sont :

- Les Ordres nationaux pour les professions qui en disposent ;
- Les ARS pour les professionnels de santé libéraux qui ne sont pas inscrits à un Ordre ;
- Les employeurs des professionnels de santé salariés.

Conclusion

En cas de non-respect de l'obligation, le professionnel s'expose surtout vis-à-vis de ses patients car au-delà de l'obligation légale, il s'agit avant tout d'une obligation déontologique pour les professionnels de santé. Il peut alors appartenir aux organes de contrôle d'échanger avec les professionnels sur les raisons du non suivi de leur obligation et de les accompagner dans leur démarche.

Madame Michèle LENOIR-SALFATI

3- La télésurveillance médicale, qui permet d'interpréter à distance des données de suivi d'un patient ;

4- La téléassistance médicale, qui permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;

Où en est'on en France ?

A en juger par le simple nombre d'articles (parfois quotidiens) et d'études consacrés à ces sujets, les français s'intéressent chaque jour davantage à l'e-santé. Le développement de la télémédecine permet d'envisager un meilleur accès aux soins, davantage de possibilités d'échange entre patients et médecins ainsi qu'une meilleure coordination des professionnels de santé.

Promise à un développement certain, comme en témoigne de nombreuses pratiques efficaces dans d'autres pays, l'e-santé peine encore à trouver sa place en France, en grande partie en raison d'un cadre réglementaire très contraignant. C'est bien mais c'est parfois excessif.

5- La réponse médicale urgente, dans le cadre de la régulation médicale des SAMU-Centres 15.

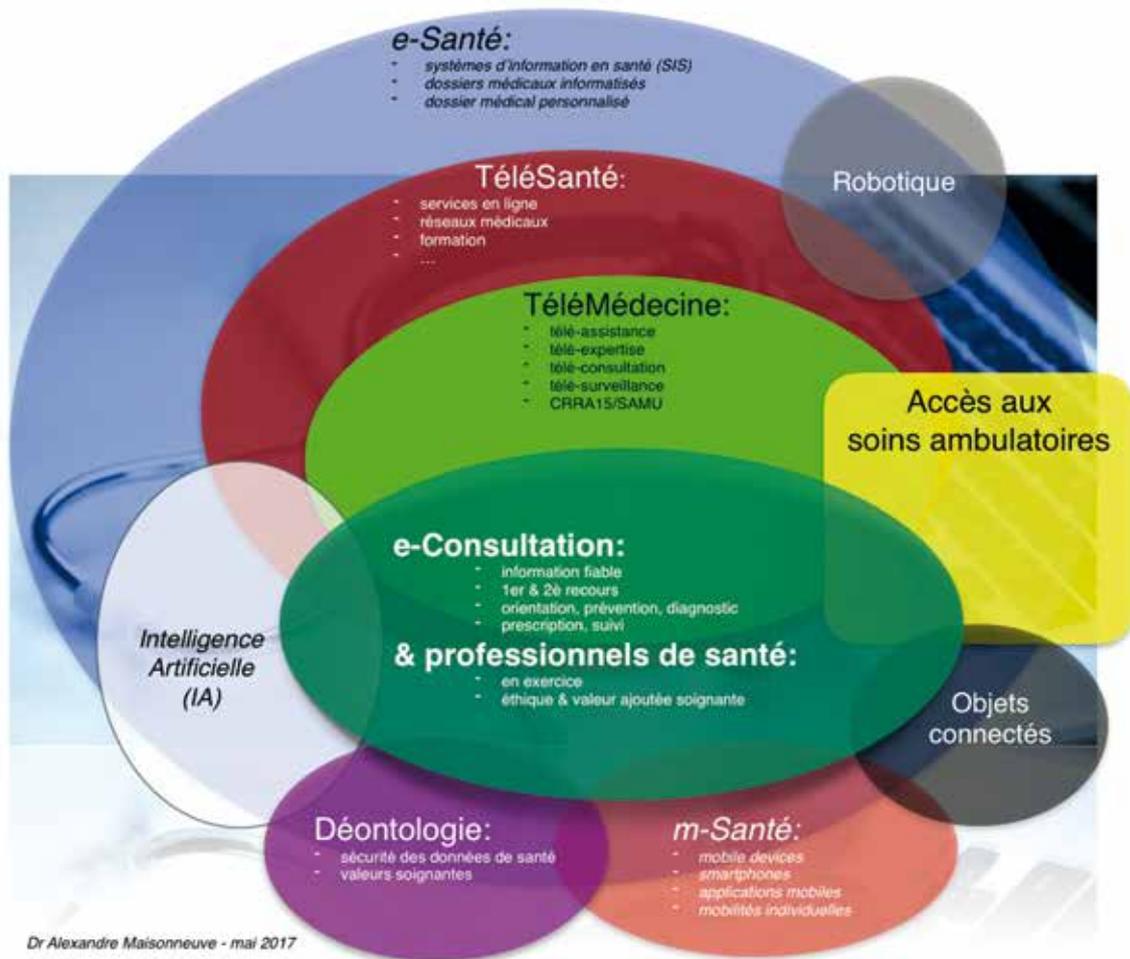
Dans ce contexte, la **e-consultation** s'emploie à permettre l'utilisation optimale de ces différentes possibilités et de la réglementation pour délivrer au patient le meilleur service de santé possible, via les techniques les plus sûres.

Malgré tout, de plus en plus de praticiens, donc de patients, l'utilisent dans leur pratique quotidienne, parfois dans des cadres divers ne répondant pas forcément à ces obligations réglementaires. Car en pratique, en France, les expérimentations « officielles » actuelles ne concernent qu'un petit nombre de patients et de professionnels. Par comparaison un peu anachronique, nous pourrions par moments nous croire au début du téléphone filaire ou de l'ordinateur fixe !



Quels pré-requis ?

Exigence et confiance. Il faut être très exigeants. Autant du côté des praticiens, que du côté des patients et des autorités de santé. Les patients, les praticiens et les autorités concernées (Ministère, DGOS, ARS, CNIL, CNOM,...) doivent donc être correctement informés et échanger entre eux afin de bénéficier au mieux des multiples possibilités offertes. Ils doivent aussi faire confiance aux pratiques des uns et des autres, au bénéfice final des patients.



Quels avantages ?

La dématérialisation permet, pour le patient, non seulement un gain de temps évident, mais également des possibilités notables d'amélioration de son dossier médical et de son niveau de connaissances, et *in fine* de ses prises en charge programmées ou non-programmées.

Pour le praticien : une amélioration de la qualité de ses différents temps professionnels (non-perturbation des temps spécifiques cliniques, diversification des modes d'activité, échanges

avec des patients correctement informés,...) et la possibilité d'être disponible pour des patients parfois éloignés des soins, donc *in fine* également, un gain de temps, et une meilleure satisfaction professionnelle.

La pratique de la e-consultation, avec ses impératifs de réalisation et de qualité professionnelle, permet par ailleurs une homogénéisation des pratiques soignantes, et donc de meilleurs repères pour les patients.

Quid de la démocratie sanitaire ?

Nous ne vivons plus au XX^e siècle, et nous ne reviendrons pas au XIX^e ! Le médecin n'impose plus les choses aux patients que dans les œuvres historiques et littéraires, qui n'ont rien perdu de leur saveur.

Après des décennies de savoir vertical descendant et imposé, bienvenue aux questions, aux échanges, aux réponses adaptées, à la prise en compte globale du patient, bref à l'échange mutuel, voire à la possibilité de doute et d'incertitudes propres à la psychologie et à la physiologie humaines.

Comment (re)donner à la prévention la place qu'elle mérite ?

Une information préalable de qualité et une disponibilité soignante sont les pré-requis indispensables à une prévention de qualité. L'intérêt de la e-consultation est aussi de manière non-négligeable de pouvoir s'adresser à une population plus jeune et plus connectée, traditionnellement éloignée du soin (manque de temps, absence de maîtrise des codes, pas de pathologie patente, peur du coût des soins,...) et pourtant concernée au premier plan par des mesures de prévention efficaces (tabagisme,

toxicomanie, troubles psycho-psychiatriques, croyances, comportements à risques, maladie sexuellement transmissibles, addictions diverses, déséquilibres alimentaires, surconsommation alcoolique, sédentarité, surpoids, contraception, automédication inappropriée,...). Quand on observe par ailleurs un recul des pratiques de dépistage, comme actuellement pour le cancer du sein, il devient urgent de proposer aux patient(e)s d'autres solutions et d'autres modes de fonctionnement.

Peut-on tout faire en télémedecine ?

Bien évidemment non. Affirmer le contraire est soit idiot, soit idiot !

Autant la prestation soignante en e-consultation peut être qualitative et satisfaisante, à la fois pour le patient et pour le soignant, autant les limites doivent également être clairement identifiées et respectées dans la pratique. On retrouve en vidéoconsultation un principe fondamental du soin : « Maîtriser son domaine et connaître ses limites », que l'on retrouve dans le célèbre : « *primum non nocere* » hippocratique.

La télémedecine peut et doit être un service complémentaire, un « plus » intégré aux parcours de soins des patients, une amélioration de l'accès aux soins réalisable non pas par une contrainte des jeunes médecins généralistes à aller s'installer en zones dites « désertes » mais en leur permettant de s'y projeter (et pourquoi pas au final parfois leur donner envie de s'y installer ?).

Et Qare, alors, que faites-vous exactement ?

Qare est une clinique virtuelle (www.qare.fr), un service de télémedecine de premier et deuxième recours, unique, innovant, et pluridisciplinaire (médecine générale, médecine spécialisée, et professions de santé). En phase pilote, Qare

offre aux patients éloignés du système de soins français les performances de celui-ci (actuellement accessible aux résidents français de l'étranger) :

- 7 jours sur 7 et 365 jours sur 365, hors situations d'urgence, pour une accessibilité accrue ;

- ⊗ Information médicale fiable et accessible au grand public, pour une compréhension optimale des patients ;
- ⊗ Dossier médical personnel dématérialisé et complet, pour un meilleur suivi ;
- ⊗ Carnet vaccinal exhaustif pouvant s'adapter aux recommandations étrangères, pour enfin sortir du flou vaccinal ;
- ⊗ Environnement sécurisé par un hébergeur agréé données de santé (HADS), juste indispensable ;
- ⊗ Vidéoconsultation avec ou sans rendez-vous, avec des professionnels de santé exerçant en France dans le respect de leurs obligations professionnelles ;
- ⊗ Démarche de démocratie sanitaire avec rôle central du patient, dans le respect du cadre légal français, illustrée entre autres par la rédaction systématique d'un compte-rendu remis au patient au terme de chaque entretien, pour davantage de transparence et de suivi ;
- ⊗ Volonté d'amélioration du service médical rendu et de la qualité du système de soins, leitmotivs quotidien de notre pratique ;
- ⊗ Réponses intégrées au parcours de soins de chaque patient, pour intégrer au mieux les diverses possibilités ;
- ⊗ Possibilité de délivrance d'ordonnances, et d'orientation justifiée vers des consultations physiques locales sur des créneaux horaires prioritaires, voire de visites à domicile rapides, pour compléter au mieux si besoin la prise en charge du patient.

Ainsi, lorsque qu'un patient nous sollicite, nous l'accompagnons du point A au point Z en lui trouvant, en relation directe avec lui, le meilleur moyen de répondre à sa question.

Question pratique : vous recrutez ?

Oui ! Nous recevons en entretien préalable tous les candidats motivés par notre service, et nous proposons une pratique complémentaire à l'exercice principal, pour garder les pieds sur terre, et répondre au mieux aux besoins de diversification professionnelle des Médecins. Des généralistes bien sûr, mais d'ores et déjà les principales spécialités (Pédiatrie, Gynéco, Dermato, etc.) sont représentées, et à terme, tous les exercices spécialisés, ainsi que toutes les professions de santé, ce qui permet aux praticiens de créer un nouveau réseau professionnel.

Y a t'il un risque accru d'auto-diagnostic et d'auto-médication ?

Ce que l'on appelle l'auto-diagnostic et l'auto-médication ont toujours existé, et ils existeront toujours. Chacun d'entre nous les pratique à des degrés divers, en fonction de son niveau de connaissances et de sa propre confiance dans ces pratiques. Ne pas l'admettre revient à se battre contre le vent, alors que l'on peut au contraire accompagner efficacement ces pratiques. Combien de pratiques alternatives, dont certaines parfois dangereuses, ne sont actuellement même pas portées à la connaissance du médecin ? Faut-il faire l'autruche ou dialoguer ?

Ce qui est de plus évident, c'est que l'accès à l'information permettra à toujours davantage de patient(e)s de se faire une idée plus précise de leur état de santé et des possibilités thérapeutiques disponibles. Pourquoi même ne pas considérer cela comme un pré-requis, un niveau 1, pour le patient, à condition que les informations dont il dispose soient de qualité et compréhensibles ?

C'est tout l'intérêt de services dématérialisés validés par des professionnels de santé en exercice, qui peuvent ainsi offrir aux patients un service supplémentaire sans intervention directe de leur part ; ces professionnels restant par ailleurs disponibles pour guider et aider à décider si besoin.

Enfin, les patients vont devenir médecins ?

Non. La majorité des patients souhaitent l'avis des femmes et des hommes de l'art : leurs capacités d'analyse permettent de valider ou non les hypothèses diagnostiques et les thérapeutiques envisagées par le patient. C'est le niveau d'expertise, le niveau 2. Les soignants ne doivent pas y voir une remise en question de leurs compétences, au contraire. Chacun a ses idées et ses goûts en architecture sans pour autant être architecte ; et vous pouvez comprendre la mécanique sans être mécanicien ; idem en médecine.

On peut même imaginer que le temps soignant libéré par des possibilités accrues de prise en charge autonomes des patients, permettra à ces soignants de se recentrer sur leurs vrais domaines de compétence, grâce à des patients non plus passifs, mais actifs, « aidants ».

Quels intérêts des objets connectés ?

Objets connectés et e-santé sont étroitement liés dans l'esprit des français : une majorité considère que c'est dans le domaine de la santé que ces objets doivent se développer en priorité. Un patient utilisateur d'objets connectés médicaux est par ailleurs un patient concerné par sa santé. Les possibilités et l'usage sont actuellement limités mais les perspectives considérables.

A nous de savoir répondre sur un plan éthique et déontologique aux attentes légitimes des individus avec une vraie valeur ajoutée soignante. A nous également de lui donner les réponses nécessaires pour lui permettre de ne pas tomber malade. Et à nous d'aider le patient malade à surveiller efficacement sa ou ses pathologies dans une collaboration constructive.



Il y a donc de la pédagogie dans la e-santé et la e-consultation ?

Certainement, il doit même y en avoir beaucoup, et c'est notre fil conducteur. L'intérêt d'un esprit pédagogue (enseignant, formateur,...) est de provoquer toutes les questions possibles. « *Il n'y a pas de question idiote, seulement des réponses idiotes* » disait Einstein. On peut même imaginer que l'objectif ultime de toute pédagogie, que « *l'élève dépasse le maître* », s'illustre dans le rôle du patient-expert, tout à fait envisageable dans le cadre des pathologies chroniques où le patient devient, à son corps défendant et le temps aidant, le meilleur expert de sa pathologie.

Les possibilités de connaissances et de pédagogie « projetées », c'est-à-dire d'informations en direction des professionnels de santé et donc de leurs futurs patients, informations non plus seulement livresques ou acquises mais aussi médiées par leurs patients, sont actuellement sous-exploitées. Certains précurseurs universitaires s'y attellent cependant.

Mais justement, comment améliorer la pertinence de médecins, qui eux-mêmes ne peuvent pas tout savoir ?

C'est un autre intérêt des nouvelles technologies de l'information et de la communication de pouvoir accompagner le médecin sur certaines de ses activités. Ce niveau 3 n'est pas encore accessible en pratique courante, mais l'accès prévisible à l'Intelligence Artificielle en Médecine permettra aux professionnels d'être meilleurs dans la prise en charge des situations inhabituelles, voire rares : la technologie au service du patient et du médecin qui, là aussi, garde son rôle, humain, d'analyse et de décision argumentées grâce à plusieurs canaux d'information.

Au final : chacun son rôle, patients, praticiens, technologie, chacun étant complémentaire des autres.

N'y a t'il pas des effets anxiogènes ?

Si, évidemment. Socrate nous a éveillé à l'anxiété de la connaissance : « Tout ce que je sais, c'est que je ne sais rien (...) ». Et par ailleurs, nos sociétés occidentales contemporaines et notre mode de vie sont de grands pourvoyeurs de fonctionnements anxieux, d'ailleurs à l'origine de coûts de santé considérables (consultations, traitements, examens complémentaires, addictions, interventions,...). Là aussi, le médecin a toute sa place en e-consultation, non seulement pour aider à faire la part des choses mais également pour envisager la prise en charge de ces fonctionnements anxieux. Et l'on sait l'importance d'une réponse efficace précoce pour éviter l'auto-aggravation de l'angoisse.

La suite de la citation, souvent omise, est également très intéressante « (...) *tandis que les autres croient savoir ce qu'ils ne savent pas* ».

La e-santé, la télémédecine, c'est pas un peu « cheap » et « low-cost » quand même ?

Oui, accessoirement, pour ceux dont l'argumentaire quasi-unique est : « ça ne marchera jamais »...

Non, à partir du moment où les praticiens l'inscrivent dans une démarche de valeur ajoutée soignante, ils restent les garants d'une qualité de prestation, dont des systèmes de santé comme le nôtre ont utilement fait leur axe de développement depuis de nombreuses années.

Les compétences intrinsèques des soignants ne sont pas altérées par une pratique différente, à partir du moment où ils s'approprient cette technique. Et les soignants sont d'ailleurs habitués à utiliser régulièrement des techniques nouvelles. Quant aux capacités relationnelles, elles peuvent être notoirement améliorées par la suppression du côté protocolaire de l'acte médical présentiel (suppression de l'aspect impressionnant et parfois anxiogène du cabinet médical, maintien du patient dans son environnement,...), particulièrement observable dans le cas des consultations pédiatriques.

D'accord, mais n'est-ce pas une forme d'ubérisation de la santé ?

Le terme d'ubérisation est employé avec une connotation négative, et appliqué à l'ensemble des prestations digitalisées. En réalité, cela n'a pas tellement de sens, c'est juste une manifestation globale et irrationnelle d'une forme de résistance. On y perçoit bien du reproche mais rien de réellement concret ! Les médecins seront toujours des médecins, et les infirmières seront toujours des infirmières. Et nous serons les premiers garants des qualités professionnelles, aussi bien en termes de compétences que de relationnel, des praticiens qui travailleront avec nous.

Et si la question est de savoir s'il n'y aurait pas une forme de déshumanisation des rapports, alors un simple essai vaut mieux qu'un long discours.

Il n'y a donc pas de réticence de la part des soignants, ni des patients ?

Certainement pas autant qu'une attitude simpliste et conservatrice pourrait le laisser entendre. S'il peut exister une limite pratique faute de temps disponible de la part des praticiens, et pour cause vue la démographie médicale actuelle, leur intérêt parmi tous ceux avec qui l'on échange est largement majoritaire pour ces nouvelles pratiques, dont ils sentent bien tout le potentiel qu'elles recèlent.

Par ailleurs, les patients ont déjà mis une main dans la digitalisation de la Médecine avec les prises de rendez-vous en ligne, les échanges dans les forums, la recherche d'informations en ligne, les échanges digitalisés avec leurs praticiens, les résultats d'examen complémentaires en ligne, etc. Leurs demandes vont croissantes dans ce sens, et il serait illusoire de prétendre leur imposer un ancien modèle figé.

Alors, parlons atouts !

Le renoncement aux soins (qui stigmatise les praticiens) est souvent évoqué comme marqueur des difficultés d'accès aux soins. Ils concernent souvent des soins assez spécifiques (dentisterie notamment) et ne doivent pas, malgré ce qui est souvent fait, être érigés en généralité. Une autre réalité (qui concerne elle davantage les pouvoirs publics), moins évoquée mais de plus en plus prégnante, concerne le retard de soins lié aux difficultés d'accès à ces soins et aux temps d'attente induits.

Ces difficultés peuvent être partiellement résolues par des possibilités nouvelles de contacts médicaux, via des e-consultations intégrées au parcours de soins permettant non seulement de s'affranchir des distances, mais également de confirmer ou d'infirmer l'intérêt de consultations spécialisées en cabinet.

« Dématérialiser » le premier recours au parcours de soins n'est pas la panacée, mais certainement une piste plus qu'intéressante dans un contexte de démographie médicale déclinante, et dont l'augmentation de 30 % des effectifs à l'horizon 2040 ne permettra cependant pas de couvrir l'augmentation concomitante des besoins, selon les estimations de la DREES.

Que l'on parle de « pré-diagnostic », de « diagnostics de télémédecine », de « vidéoconsultations », et alors que les Français, malgré 15 ans de développement de Dossier Médical Personnalisé, n'en disposent toujours pas, il apparaît urgent que tout patient puisse disposer, en environnement sécurisé, de données de santé qu'il pourra partager avec les praticiens de son choix et qu'il puisse ainsi accéder à des services en ligne performants qui l'aident à mieux se prendre en charge et s'orienter.

Par ailleurs, au-delà de services aisés à mettre en place et évoqués comme la prise de rendez-vous en ligne, et les rappels de rendez-vous par mail ou SMS, les patients sont dans l'attente de services leur permettant de communiquer avec leur(s) médecin(s) en dehors des contraintes

d'une consultation présenteielle, mais aussi plus spécifiquement de pouvoir obtenir une ordonnance en ligne, soit pour un renouvellement, mais aussi pour des situations médicales identifiables en e-consultation.

Et comment les patients accèdent-ils à vos services ?

Simplement. Il n'y a rien à télécharger donc aucune maintenance. Vous accédez au site sur qare.fr via Google Chrome, vous vous inscrivez, vous vous connectez grâce à une double authentification sécurisée, et vous pouvez accéder à l'ensemble des services. Des tutoriels sont disponibles pour accueillir le patient. Nous allons par ailleurs prochainement déployer les applications mobiles pour smartphones et tablettes.

Oui mais, déserts médicaux et déserts technologiques sont malheureusement souvent associés...

Probablement, pour le moment. Même si le numérique peut projeter les soignants dans des environnements géographiques désertés, et en premier lieu désertés par les services publics, restent la problématique de la qualité de connexion et de la maîtrise de l'outil. Pour autant, ce ne doit pas être une incitation à ne rien faire.

Par ailleurs, les collectivités territoriales les plus exposées aux problèmes de désertification ont souvent initié précocement des investissements notables de déploiement de connexions de qualité, guidées en cela par l'exemple heureux des territoires ayant accompagné de manière volontariste le développement du chemin de fer au XIX^e siècle.



Enfin, chacun d'entre nous constate quotidiennement comme les seniors s'approprient, presque étonnamment et rapidement, l'usage des nouvelles technologies (ordinateur, mais surtout smartphones et tablettes et leurs fonctionnalités de réseaux sociaux, Skype, FaceTime, WhatsApp et autre). Et ce, d'autant plus qu'ils sont à distance de leurs proches.

Enfin, n'oublions pas que les déserts médicaux ne sont pas que dans les territoires ruraux lointains. Certains arrondissements de Paris sont également menacés en raison de multiples facteurs économiques et sociétaux.

Point fondamental : comment être sûrs de la sécurité des données de santé ?

Une question essentielle des patients concerne effectivement la gestion et la sécurité de leurs données personnelles et le respect du secret médical. Parlons de ce que l'on connaît : 8 axes de travail ont été mis en place par Qare.

- ⊗ Recruter un directeur médical obsédé par cette question !
- ⊗ Développer une culture d'entreprise intégrant cette notion à tous les niveaux, avec des rappels réguliers.
- ⊗ Travailler dans un environnement intransigeant sur ces questions ; ainsi exercer en France, et depuis la France, est actuellement une des meilleures garanties à ce niveau.
- ⊗ Respecter cette réglementation, voire parfois l'anticiper, pour garder une longueur d'avance sur celles à venir.
- ⊗ Aucun échange de données via des canaux non-sécurisés ; donc travailler uniquement en environnement cloud sécurisé.
- ⊗ Travailler uniquement avec un hébergeur agréé données de santé (HADS).
- ⊗ Tester, traquer la faille grâce à des audits de sécurité réalisés par des professionnels extérieurs.
- ⊗ Bénéficier de la déontologie et de l'éthique assimilées et pratiquées par les professionnels de santé français.

Il reste probablement à créer un organe spécifique aux données de santé, avec une vocation soignante première, visible et reconnue par les patients, idéalement de dimension européenne car la santé devrait enfin faire partie des grands vecteurs de développement et d'intégration européens. Cette structure supranationale permettrait de certifier aussi bien les projets en cours que les pratiques avancées, avec des possibilités de sanction dissuasives, au bénéfice de pratiques européennes homogènes. Le modèle de rigueur français dans ce domaine pourrait en constituer l'ossature. Pour information, les dernières attaques virales ont été permises par les failles de systèmes d'exploitation.

Les craintes sont donc légitimes, mais les réponses existent et les usages évoluent parallèlement. Les achats dématérialisés par carte bancaire, initialement peu développés, sont devenus rapidement considérables. Il en sera très certainement de même de la pratique de la télémedecine.

Enfin, vous êtes prêts, la e-consultation existe ?

Oui, à nos niveaux : technique, professionnel et opérationnel.

Il reste cependant deux éléments de blocage très franco-français. Les réticences des ARS à envisager d'autres solutions que leurs expérimentations actuelles de télémedecine. Et l'absence de cotation des différents actes de télémedecine de la part de l'Assurance Maladie, ce qui ne permet toujours pas de prise en charge de l'abonnement par les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie.

Lorsque ces 2 obstacles seront dépassés, les patients pourront alors exprimer une satisfaction augmentée dans leur système de soins, comme c'est le cas dans les pays où la télémedecine s'est développée, et disposer d'un parcours de soins plus accessible, plus rapide et moins coûteux, donc plus performant pour les patients et la société. C'est finalement le défi posé d'une véritable démocratie sanitaire.

Dr Alexandre MAISONNEUVE

alexandreMD@qare.io
Directeur Médical Qare
qare.fr

Snjmg

GARDER CONTACT - ADHERER

www.snjmg.org

Tél : 01 47 98 55 94 - Fax : 01 47 98 56 48

N'hésitez pas, nous sommes là pour ça !



Retrouvez toutes
nos actualités et
communiqués sur le site

snjmg.org

POUR UNE MEUF : "Pour une Médecine Engagée Unie et Féministe"

Nous sommes une toute jeune association féministe de soignant.e.s ou de soignant.e.s féministes, comme vous préférez. Créée en janvier 2017, l'association se donne pour objectif de lutter contre le sexisme dans le domaine de la santé, pour les soignantes et les patientes.

Les discriminations et violences sexistes sont présentes dans tous les domaines de la société et nous pouvons attester, en tant que soignant.e.s, que le domaine du soin n'est pas épargné. A cet égard, le sexisme devient particulièrement criminel, puisqu'il vient menacer directement l'accès aux soins et au « bon soin » des patientes mais aussi toucher les soignantes tout au long de leur formation et de leur exercice professionnel.

Nous pensons par ailleurs qu'il est indispensable de considérer les autres discriminations systémiques auxquelles nous faisons face et que nous exerçons parfois nous-mêmes : racisme, homophobie, discrimination de classe, transphobie, grossophobie... A ce titre, nous établissons comme principe d'écouter et de transmettre la parole des personnes concernées.

Pour identifier et reconnaître les manifestations de sexisme, aider les personnes victimes de sexisme et dispenser des soins féministes (c'est-à-dire à la fois dénués de sexisme et prenant en compte les violences de genre), plusieurs moyens d'actions sont envisagés : des formations, des actions dans les facultés ou auprès des professionnel.le.s en exercice, des supports d'informations, la défense des professionnelles et des étudiantes discriminées et la création d'espaces de paroles et de réflexions.

Et si vous vous demandez encore pourquoi, voici un aperçu de nos motivations :

Mais pourquoi donc nous sommes-nous engagé.e.s dans lutte contre le sexisme dans le soin ?

« S'engager dans la lutte contre le sexisme dans le soin a été une nécessité en tant que patiente, étudiante, mais aussi professionnelle de santé, exerçant en tant que médecin généraliste en centre de santé municipal. En effet, à travers tous ces costumes, les occasions ne manquent pas d'illustrer ce sexisme et de s'en alarmer. Plus particulièrement dans le cadre du soin, où il est conjugué avec des inégalités sociales de santé préoccupantes, une pseudo-scientificité teintée de morale, des rituels initiatiques dégradants couverts par un héritage sexiste des générations précédentes (dans le cadre des études médicales par exemple). En tant que médecin, cette lutte fait aussi partie de ma formation professionnelle puisque, à tout moment, je peux être témoin, mais aussi actrice d'une violence institutionnelle qu'il est parfois difficile d'anticiper ou de reconnaître. Un travail de sensibilisation m'est donc paru personnellement nécessaire et, par extension, la transmission de ces réflexions semble indispensable pour éveiller les consciences. »

« Parce que la révolte. Marre des inégalités en général : de genre, d'orientation sexuelle, d'origine ethnique, de classe socio-économique... Mais on ne peut pas tout faire d'un coup ! Alors j'ai voulu prendre le problème par le bout que je connaissais le mieux : le domaine de la santé et le vécu de femme. Je pourrais raconter la fois où une gynéco m'a examinée, à 14 ans, vierge, nue de la tête aux pieds, avec spéculum et toucher pelvien (à ce jour, je ne sais toujours pas dans quel orifice vu qu'elle ne m'a rien expliqué) et, je l'ai appris plus tard, sans réelle nécessité médicale, ou le jour de ma soutenance de thèse 15 ans plus tard, où un enseignant de ma faculté a commenté la taille de mes seins devant d'autres personnes. Dans ces deux exemples, j'ai été humiliée et je n'ai rien dit, comme trop souvent. Je ne veux plus que ça se reproduise. Ni pour moi, ni pour d'autres.

C'est pour cela que je m'engage. Pour qu'on ne voie plus d'étudiante raillée, harcelée, insultée, agressée par leurs collègues ou leurs chefs, sous couvert "d'esprit carabin". Pour que les professionnelles de santé puissent aussi avoir la carrière qu'elles veulent, sans être rabaissées, sans devoir travailler deux fois plus que les hommes, qu'elles puissent avoir des enfants si elles le veulent, quand elles le veulent, qu'on n'entende plus à l'arrivée en stage ou en clinicat "je te préviens, t'as pas intérêt à pondre un gosse là", ou dans les réunions et les médias, que la féminisation de la profession médicale est la cause de tous les problèmes. Pour que les femmes, toutes les femmes, puissent être soignées dans le respect, que leurs plaintes soient écoutées, leur douleur prise en compte, leur corps et leur intimité respectés... Bref, pour en finir avec cette médecine sexiste et paternaliste ! »



« Parce qu'en moyenne, 75 000 femmes violées chaque année, soit plus de 200 par jour. Parce qu'une femme tuée tous les 3 jours en France par son conjoint ou son ex-conjoint. Parce qu'une femme sur sept agressée sexuellement un jour dans sa vie. Parce que 24 % d'écart de salaire. La liste est encore bien longue et la lutte aussi. A ma toute petite échelle de sage-femme travaillant au Planning Familial et en centre de santé, je réalise que le domaine de la gynécologie, de la contraception, de la sexualité est une porte d'entrée pour discuter de ces inégalités et de ces violences subies (consciemment ou non) quotidiennement par les femmes que je rencontre. Ces violences nous façonnent en tant que femmes et guident certains (beaucoup ?) de nos choix. En discutant, en expliquant, il est possible de déconstruire cela, pas à pas. Une goutte d'eau dans l'océan, mais à plusieurs gouttes, ça compte. »

« Quand je suis arrivée à l'école de sage-femme, nos blouses comportaient une ceinture, supposée se nouer dans le dos pour cintrer la taille. Voilà, le premier truc qu'on m'a appris à l'hôpital, c'était qu'il était pertinent que je moule mes fesses dans ma blouse, là où naturellement les garçons de la promo se sont vus attribuer de confortables pyjamas. Blancs, les pyjamas, parce que porter du rose comme les filles ça les aurait décrédibilisés, même en tant qu'étudiants sages-femmes. La deuxième chose que j'ai apprise, c'est que dans un bloc contenant une quinzaine de personnes, ça n'en a dérangé aucune qu'un médecin passe les deux heures de l'intervention à me raconter des histoires salaces que je n'avais nullement sollicitées, malgré mon malaise grandissant et parfaitement visible. Et pour finir, j'ai appris que face à une gosse de même pas 14 ans enceinte, des soignants pouvaient simultanément la juger, l'humilier et fantasmer à voix haute sur elle. Cette première journée n'avait rien d'exceptionnelle : depuis 15 ans que je suis dans le milieu médical, je vois et je vis les violences faites aux femmes, qu'elle soient soignantes, soignées, en apprentissage. Nous sommes humiliées, rabaissées, insultées, agressées, violées, brutalisées, infantilisées, utilisées. Et je veux travailler à ce que cela cesse, pour moi, pour mes collègues, pour mes patientes, pour mes étudiantes. »

« Quand on est externe en médecine, il y a des passages importants, des rites. C'est ainsi que j'ai abordé ma première garde aux urgences. J'arrivais le matin à 9h00, je ne savais pas trop à qui me présenter. Les médecins qui nous avaient accueillis n'étaient pas là ce jour-là. J'avais ma blouse, mon stéthoscope. J'avais un peu peur mais j'étais fière aussi et impatiente de rencontrer des malades, les examiner, les soigner peut-être.

Quand je me suis présentée dans le poste de soins, personne ne m'a répondu. Puis quand je me suis de nouveau présentée d'une voix plus forte, un médecin, avec sa blouse blanche et son badge s'est tourné vers moi et m'a demandé si j'étais l'externe de garde. J'étais intimidée, j'ai répondu oui et demandé par où je devais commencer.

« On commence par grandir dans une société où l'inégalité entre femmes et hommes est une évidence dès la scolarité. On attaque ses études de médecine, en subissant remarques graveleuses et clichés en tous genres (quand ce n'est pas pire) et en voyant ce que l'on fait subir aux patientes, notamment en gynécologie. La bienveillance, pour l'avoir vue aussi, est si simple et évidente, mais trop souvent pour les femmes, on s'en fout de la douleur, de la pudeur, du consentement. Et puis on est patiente soi-même. Pour nous aussi on s'en fout de la douleur, de la pudeur, du consentement. Quand je suis devenue médecin généraliste puis jeune enseignante à la fac, je me suis dit que dans mon boulot, avec les femmes qui viennent me voir, avec les étudiant.e.s dont je m'occupe, j'aurais le devoir de proposer un espace bienveillant et un enseignement non discriminant. Mais faire quelque chose dans mon coin ne me suffit plus. Il me paraît important de lutter de manière plus globale contre le sexisme dans le soin, pour que cet espace qui doit être un espace sûr pour tou.te.s ne soit pas un lieu de mal-être et de discrimination. »

"Ton premier travail, c'est de sucer le psychiatre de garde." C'était lui le psychiatre de garde. Je suis restée un peu interdite. Je n'ai rien répondu bien sûr et je suis partie chercher quelqu'un qui pourrait me donner une réponse adaptée. Je n'ai rien répondu cette-fois-ci et beaucoup de fois par la suite. Je n'ai commencé à répondre que beaucoup plus tard quand je me suis sentie plus sécurisée par mon statut. Encore aujourd'hui, il m'arrive de ne pas répondre alors que je bous de rage à l'intérieur.

Maintenant que c'est moi la psychiatre de garde, je vois malheureusement ce type de comportement se répéter tous les jours. En tant que femmes médecins, nous sommes constamment exposées à ce type de rappel à l'ordre à notre condition inférieure dans une société patriarcale qui valorise les hommes, juste parce qu'ils sont des hommes.

Dans ces conditions-là, difficile de ne pas voir le sexisme dans le soin. Ces patientes dont on pense qu'elles se plaignent toujours trop, qu'elles n'ont pas vraiment mal, qu'on traite comme des enfants ou pour lesquelles on choisit le mode de contraception...

Aujourd'hui, j'aimerais participer, avec les membres de l'association, à changer le regard que la profession porte sur elle-même.

Non, les médecins ne soignent pas tout le monde de la même façon. Ils ne sont pas indifférents au genre, à l'orientation sexuelle ou à la couleur de leurs patients comme ils aiment à le penser. Soigner tout le monde sans discrimination passe, pour moi, par la prise en compte des rapports de domination qui existent dans la société et qui forgent les préjugés, plutôt que par fermer les yeux et se penser au-dessus de ces problèmes. »

« Parce que l'impuissance et parfois la rage, devant les inégalités, les discriminations, les injustices, et qu'à un moment donné, ces sentiments doivent se transformer en une énergie plus positive. Parce que j'ai rencontré des personnes formidables, militant.e.s ou non, qui m'ont mis sur les rails de la déconstruction. Parce que j'ai observé des attitudes sexistes, racistes, homophobes, grossophobes (...) envers les patient.e.s et les soignant.e.s, parce que j'ai moi-même été maltraitant pendant mes études et ma pratique professionnelle, et que non seulement je veux

faire de mon mieux pour ne pas recommencer mais surtout, désormais enseignant à la faculté et auprès des externes à l'hôpital, je me dois de réfléchir à ces comportements et tenter de faire cesser leur reproduction. Parce que la prise de parole et l'écoute sur ces sujets sont indispensables, et seront le terreau d'actions concrètes et d'un changement nécessaire. Aider les soignant.e.s et futur.e.s soignant.e.s à cheminer, à prendre conscience des dérives de leurs pratiques, aider les patientes à ne plus avoir à les subir. »

« Parce que, durant les études de médecine, on est confrontées en permanence au sexisme, comme un rappel de notre place, dès l'arrivée sur les bancs de la fac. Par l'esprit carabin et ses chants, les remarques de certains profs. Puis, arrivée à l'hôpital, piqûre de rappel. Les remarques incessantes de quiconque situé au-dessus de soi dans la hiérarchie, à qui on ne sait pas répondre d'emblée et surtout, à qui l'on n'ose pas répondre. Les patientes infantilisées, jugées et que l'on n'informe pas jusqu'au bout. Parce que la situation de soin est une situation de particulière

vulnérabilité pour les patient.e.s, à laquelle il n'est pas besoin d'ajouter de facteurs aggravants, mais aussi un de rares moments pour apprendre à se connaître, le moment aussi de faire des choix pour soi. Lutter contre le sexisme dans le soin c'est permettre que ce moment se passe le mieux possible. Et ça passe par la reconnaissance et la lutte contre la domination, qui, si elle s'exerce sur toutes les femmes dans la société, trouve sa déclinaison en médecine envers les patientes et envers les étudiantes et les professionnelles de santé. »

« La pire période a été pendant mon stage d'orthopédie en tant qu'externe. J'avais pris la première garde. L'interne arrive derrière moi (je ne l'avais jamais vu) et m'appelle "ma petite" en me mettant les deux mains sur les épaules. Je me retourne et lui dit calmement : "Ce n'est pas indispensable de me tripoter". Il se dresse de toute sa hauteur (j'étais toujours assise et il faisait deux fois mon poids et une fois et demi ma taille) et me dit : "Lci il va falloir t'habituer : tu vas te faire tripoter, tu vas te faire violer". Bienvenue en stage....

La guerre a donc commencé. Un des chefs a décidé qu'il ne voulait pas m'enseigner quoi que ce soit, étant donné que je n'étais pas "sympa". Un autre m'a lancé, devant une table d'internes et de chefs hilares (tous des hommes) : "Ah bon il a dit qu'il te violerait ? S'il te viole, j'espère qu'il nous appelle !" Le numéro deux du service, quand je me suis plainte "Ben oui mais c'est toi qui est agressive..." (Oui. Les menaces de viol sérieuses ou non me donnent envie de tuer, c'est vrai).

Le chef de service : "Ah tu sais pas ce que c'est que ce nerf ? T'as pas ton stage. T'inquiète il y a une succion de rattrapage."

Je ne dormais plus et ne mangeais plus. Mon copain de l'époque ne pouvait plus me toucher : s'il essayait de me prendre dans les bras la nuit je le frappais et je pleurais dans mon sommeil.

J'étais confrontée toujours à la même réaction, y compris de la part d'autres étudiant.e.s : c'était moi qui avais un problème avec le sexe, fallait pas être si coincée, enfin ! Ça va, c'est juste des mots... Toujours cette confusion absurde entre le sexe et la violence, entre le rire et la domination, entre la taquinerie et le rapport de force. Une étudiante m'avait dit "Nan mais t'inquiète pas, c'est pour voir si tu supportes les remarques... Genre, tu vois, en grande visite il (le chef de service) va t'appeler ' salope!'"

C'est une "remarque" les injures sexistes ?

Dans le même service, les internes se vantaient de faire une "étude" sur la découpe des poils pubiens, avec des photographies de la vulve et du pubis des patientes endormies...

J'ai hurlé pendant 3 mois. Je ne laissais rien passer. Je me suis épuisée. J'ai découvert en moi une haine et une agressivité que je ne me connaissais pas. C'est la seule fois de ma vie que j'ai voulu du mal à quelqu'un, que j'ai souhaité porter atteinte à son intégrité physique.

Le Doyen, que j'ai fini par aller voir, a fait un courrier, une petite circulaire : "Veuillez noter que des attitudes qui étaient acceptables autrefois ne le sont plus et que certaines sont passibles de poursuites" quelque chose comme ça. Ça a bien fait rire mon chef de service qui l'a lue à haute voix devant ses médecins au staff lors de mon stage suivant.

Cette culture est intégrée par la fac, l'hôpital et les étudiant.e.s. C'est notre culture sexiste classique, elle n'est pas propre à la médecine mais elle y est tout aussi toxique. Culture du viol, confusion entre sexe ("c'est juste des blagues de cul") et violence (menaces de viol). L'omerta fait que se défendre vous isole et vous retire le droit à l'enseignement. Avoir osé élever la voix vous stigmatise et vous suit pendant les stages qui suivent. Les recours sont inexistantes ou inefficaces. Il est temps que ce fonctionnement cesse. »

« On ne naît pas féministe. On le devient.

Je croyais ne pas être féministe. En tout cas pas militante.

Ma mère a eu dix-huit ans en soixante-huit. Comme des milliers de femmes, elle a avorté. Elle a pris la pilule. Elle s'est mariée et elle a divorcé. Puis elle s'est remariée. Moi je suis arrivée bien après.

A cette époque, le SIDA avait remplacé depuis longtemps les fleurs et les jupes en chanvre.

Plus tard, je rentre en fac de médecine. Première année. Fille ou garçon, tous les autres sont des adversaires potentiels dans la course à l'obtention du précieux sésame : le concours de P1.

J'ai vingt ans. Je suis externe. Je découvre la douleur, la maladie et la mort. Je découvre l'impudeur des visites professorales, la maltraitance ordinaire des patients. Hommes et femmes.

Je découvre les épouses, les filles, les sœurs, mais également les frères, les fils, les maris.

J'ai vingt-trois ans. Me voilà interne. A l'hôpital, rien n'a changé. Sur le net, en revanche, je lis des médecins, des blogueurs, des patientes. Je réalise que je ne connais rien à la gynécologie. Je réalise que les autres médecins autour de moi n'en savent, pour la plupart, pas beaucoup plus que moi. Et les patientes non plus.

J'ai vingt-six ans. Je suis médecin généraliste remplaçante. J'arrive en consultation de gynécologie auprès du Docteur Pudeur, avec mon livre de Martin Winckler, les photos du blog de Borée, et je lui dis : « Je veux que vous m'appreniez à examiner les femmes sur le côté. Je veux apprendre à faire quelque chose pour que ELLES se sentent mieux, je veux faire quelque chose pour que ELLES n'hésitent plus à venir consulter. Je veux faire quelque chose pour ELLES. »

J'ai vingt-sept ans. Je suis toujours médecin généraliste remplaçante. Mais pour certaines d'entre-elles, je remplace aussi leur gynécologue. Parce que le village le plus proche est à 40 km. Parce que la dernière fois ça s'est mal passé. Parce qu'avec le Docteur Remplacé elles n'osent pas. Parce que je suis la remplaçante et que j'ai un peu plus de temps, et que je le prends. Parce qu'avec elles le contact passe bien (et que celles qui ne m'apprécient pas vont voir ailleurs, et c'est bien mieux comme ça). Au milieu des rhinos et des gastros, des diabétiques et des hypertendus, j'aime ces consultations longues. J'aime expliquer que non, la plupart du temps, l'examen gynécologique n'est pas indispensable. J'aime donner aux femmes le choix de leur contraception, leur expliquer ce qui existe et leur dire « Bon, et vous, laquelle vous plairait le plus ? »

Avec Pilar, 21 ans, qui ne voulait pas avoir de rapports sexuels avant son mariage. Vraiment pas du tout. Sauf que là, avec son copain, il y a quinze jours, elle en a eu envie. Vraiment envie. Alors elle l'a fait. Et c'était bien.

Avec Yamina, 28 ans, qui va se marier le mois prochain et qui voudrait une contraception. Ce jour-là, ça sera sa première fois. Et elle a un peu peur.

Avec Eloïse, 16 ans, qui vient pour son renouvellement de pilule. Elle la prend depuis 2 ans, depuis qu'elle a des rapports sexuels avec son copain en fait. On parle plaisir, baisse de la libido, préliminaires. Elle est super à l'aise. Elle a l'air tentée par le D.I.U au cuivre.

Avec Chloé, 20 ans, qui s'assoit du bout des fesses sur la chaise à cause de la douleur. Première poussée d'herpès génital. Je l'examine, rédige son ordonnance. Elle me dit qu'elle est inquiète pour sa copine.

Avec Julie, 23 ans, qui a une mycose.

Avec Valentine, 22 ans, qui a arrêté sa pilule parce qu'un médecin lui a dit que c'était grave qu'elle n'ait pas ses règles avec les comprimés. Et qui ne lui a rien proposé d'autre. Et qui vient me voir avec son copain pour faire une IVG...

Avec Nadia, 25 ans, qui prenait une pilule de 3^{ème} génération sans raison particulière et qui en préférerait une de 2^{ème} génération. On discute des risques inhérents à chaque contraception. Elle me demande, si simplement, « Mais, pourquoi les médecins les ont prescrites, alors, les pilules de 3^{ème} génération..? ».

Avec Florence, 45 ans, qui voudrait retirer son Mirena parce qu'elle en a tous les effets indésirables. Elle a attendu parce qu'on lui a dit que ça irait en s'améliorant mais que là, quand-même, un an, ça commence à bien faire. Et qui vient parce que sa gynécologue ne veut pas lui retirer pour en changer.

Avec Lucie, 18 ans, amenée par sa cousine pour « que je l'examine » et qui se tortille sur sa chaise. Qui se détend quand je lui dis que je ne vais pas l'examiner car elle n'en a pas besoin.

Avec Fatou, 18 ans, qui tourne autour du pot en me disant qu'elle n'est pas sûre d'être vierge. Qui tourne et retourne et moi, bêtement, dans ma tête qui me dit « ah... elle a fait des "préliminaires" et elle ne sait pas trop où elle en est... » juste au moment où elle me lâche : « ... parce que je sais pas si ça compte comme un rapport sexuel le fait que j'ai été violée à l'âge de 7 ans. ».

Finalement, je ne sais plus bien si je suis devenue féministe POUR les patientes, ou GRÂCE aux patientes. Ce qui est sûr, c'est qu'aujourd'hui je le suis pour les femmes. »

Si vous vous retrouvez dans nos constats et notre volonté de lutter contre le sexisme, n'hésitez pas à nous rejoindre ! <https://www.pourunemeuf.org/>

Le cancer du sein et son dépistage, une boule à facettes multiples

Introduction

Le dépistage du cancer du sein est une formidable boule à facettes. A travers ce sujet on aborde plusieurs problématiques à la fois.

En premier lieu la facette médicale, passionnante puisque sans le dépistage on n'aurait jamais découvert cet invité surprise qu'est le surdiagnostic.

Du point de vue féministe, les stéréotypes véhiculés à chaque mois d'octobre nous montrent que les clichés à propos des femmes ont bien la vie dure dans notre société, et perpétuent l'image peu flatteuse de la femme comme sempiternelle acheteuse-coureuse.

Sur le versant toxicologique nous trouvons les radiations, les facteurs toxiques que les femmes subissent au travail, le travail de nuit délétère et exposant au cancer, les conduites et modes de vie à risque, dont l'éviction consisterait en la **vraie** prévention, trop peu abordée dans nos sociétés consuméristes, valorisant la transgression et la consommation sous l'argument de liberté individuelle et du refus de tout frein.

L'historique du dépistage permet de nous interroger aussi sur l'évolution de la médecine préventive dont nous attendions tant et qui ne répond pas à toutes nos attentes, sur la médecine moderne avec ses prédictions, ses malédictions et son effet nocebo. L'effet nocebo est ce qui cause la maladie par anticipation de la maladie dans un contexte émotionnel favorable, lequel est entretenu par la résurgence du thème du cancer du sein tout au long de l'année dans les médias, féminins ou de vulgarisation scientifique.

L'aspect psychologique autour du cancer du sein, avec la propagation d'une morbidité psychique dans la population féminine est intéressant à examiner, car cette facette nous montre comment au fil des décennies cet organe hautement féminin, tantôt tabou, tantôt source de fierté, symbole de beauté, de douceur et de maternité est devenu à présent un organe précancéreux potentiel, angoissant au fil des slogans trompeurs et inquiétants véhiculés constamment et avec insistance en direction des femmes. Pire, cette morbidité psychologique est même transgénérationnelle, avec persuasion de la descendance féminine d'une personne malade que le danger la guette.

Sur le versant économique, le mammo-business a été décortiqué par la journaliste d'investigation, Catherine Riva, en Suisse. Autant le dispositif du dépistage est un gouffre financier pour la collectivité, n'apportant pas les bénéfices escomptés en matière de réduction des cancers graves et de la mortalité, autant il assure à des associations et à des sponsors divers une manne financière régulière lors des grandes manifestations d'octobre rose, où les femmes qui courent en rose servent de bénévoles, mais où personne ne se soucie de savoir ce que deviennent les collectes, à qui elles sont redistribuées, à quoi elles ont servi, et combien est réellement reversé à la "recherche" (et quelle recherche ??) par ces associations et sponsors.

Une découverte : le surdiagnostic

Ce sont les épidémiologistes en premier (Collaboration Cochrane Nordique, Bernard Junod en France), voulant évaluer les résultats du dépistage du cancer du sein, qui se sont aperçus de l'arrivée d'un phénomène inattendu, à savoir que plus on dépistait, plus l'incidence des cancers augmentait avec un taux explosif de petites lésions non dangereuses, mais sans qu'il n'y eût de répercussion ni sur la mortalité, ni sur le nombre de cancers graves. Autrement dit, plus la pression du dépistage augmente, plus on trouve, toutes ces détections nous obligeant ensuite à traiter ces personnes considérées comme malades, alors qu'asymptomatiques, et qui auraient pu vivre avec leur lésion sans en avoir de conséquences durant leur existence. Des études d'autopsie sont venues confirmer ce phénomène, montrant qu'une grande partie de la population est porteuse de micro-foyers cancéreux, que ce soit pour la prostate chez l'homme ou le sein chez la femme. Détecter ces lésions est inutile mais entraîne un surtraitement, coûteux pour la santé des personnes, impactant leur vie sociale, professionnelle, économique, affective et psychologique.

Dr Bernard Duperray, médecin radiologue sénologue retraité de l'hôpital Saint Antoine, Paris, nous éclaire :

"Il n'y a pas de lien de proportionnalité entre la taille tumorale et l'écoulement du temps. Du lien constaté entre la taille de la tumeur et le pronostic, on a déduit abusivement une corrélation entre petite taille tumorale et précocité du diagnostic, sous prétexte qu'une lésion a été petite avant d'être grosse.

Or, l'évolution de la maladie n'est pas linéaire : des tumeurs peuvent rester stables, régresser, disparaître, devenir grosses en quelques jours, des tumeurs millimétriques être métastasées.

L'augmentation considérable du nombre de cancers in situ diagnostiqués et traités ne s'est pas accompagnée d'une diminution du nombre des cancers invasifs.

La présence du surdiagnostic est la preuve que la maladie évolutive ne débute pas obligatoirement avec la découverte de l'anomalie histologique qui fait porter le diagnostic de cancer du sein. Cela vaut aussi bien pour des cancers invasifs que des in situ. Comment dans ces conditions parler de diagnostic précoce qui améliorerait le pronostic ?"

Il nous faut remettre en question nos pratiques de médecins, être plus pédagogiques et expliquer cette nouvelle donne à la population féminine, rester humbles, ne pas faire valoir un succès du fait d'avoir détecté une lésion toute petite chez une femme dont on peut se dire qu'il y a 80 % de chance qu'elle soit un surdiagnostic, ne pas angoisser inutilement nos patientes. N'oublions jamais que nous nous adressons à des personnes sans symptômes, saines à priori, et qui ne nous ont rien demandé.

Neuf cancers du sein sur dix guérissent, oui, mais même sans avoir été dépistés...



La vraie prévention

David Sackett, épidémiologiste américain (1934-2015) était très critique sur la médecine dite préventive. Il disait :

- Premièrement, elle est agressivement affirmative traquant les individus sans symptômes et leur disant ce qu'ils doivent faire pour rester en bonne santé...
- Deuxièmement elle est présomptueuse, persuadée que les actions qu'elle préconise feront, en moyenne, plus de bien que de mal à ceux qui les acceptent et qui y adhèrent.
- Finalement, la médecine préventive est autoritaire, attaquant ceux qui questionnent la validité de ses recommandations.

Tout d'abord, la mammographie de dépistage n'est pas un acte préventif. Il suffit de regarder le taux des cancers d'intervalle, à cinétique rapide, pour se persuader qu'un vrai cancer agressif, celui qui évolue vite et tue, échappera complètement à tout contrôle, pire, la mammographie rassure souvent même faussement les femmes.

Ensuite le cancer du sein n'a pas, à l'instar du cancer du poumon par exemple, de facteur déclenchant directement responsable. On sait qu'un fumeur va considérablement accroître sa probabilité de déclencher un cancer pulmonaire, l'agent toxique altérant directement les cellules de l'organe.

Pour le sein, ce n'est pas aussi "automatique", mais on connaît l'influence de ce qu'on appelle

les facteurs de risque, comme peuvent l'être les traitements hormonaux, l'obésité, le tabagisme, l'alcoolisme, la sédentarité, la maladie diabétique etc. Mais aussi le travail de nuit, l'exposition des femmes à des agents toxiques dans leur environnement professionnel.

Ironiquement, le sein est l'organe le plus radiosensible de l'organisme, et c'est cet agent toxique que nous adoptons pour l'infliger tous les deux ans, avec un risque cumulatif, aux seins des femmes, et ce d'autant plus qu'elles sont considérées "à risque". Où est la logique dans nos conduites médicales ?

Nos sociétés ne privilégient hélas pas l'éducation à la santé, les cancers professionnels continuent d'être négligés et minimisés par les caisses de santé elles-mêmes obligeant les personnes concernées à des procédures longues et coûteuses et à l'issue improbable. Tabac, alcool, aliments industriels marketés par la publicité rapportent énormément à l'État.

Nous avons pourtant la possibilité d'agir sur ces facteurs par des efforts réels de prévention (hygiène de vie) relevant du simple bon sens. Et nous médecins avons aussi la possibilité d'agir en informant nos patients, en prescrivant à bon escient, avec discernement, sans automatisme irréfléchi, et non pas parce que c'est la procédure, ou parce que l'examen est gratuit, ou parce que c'est le mois d'octobre rose, ou parce que la patiente revendique l'examen après lecture de Marie-Claire.

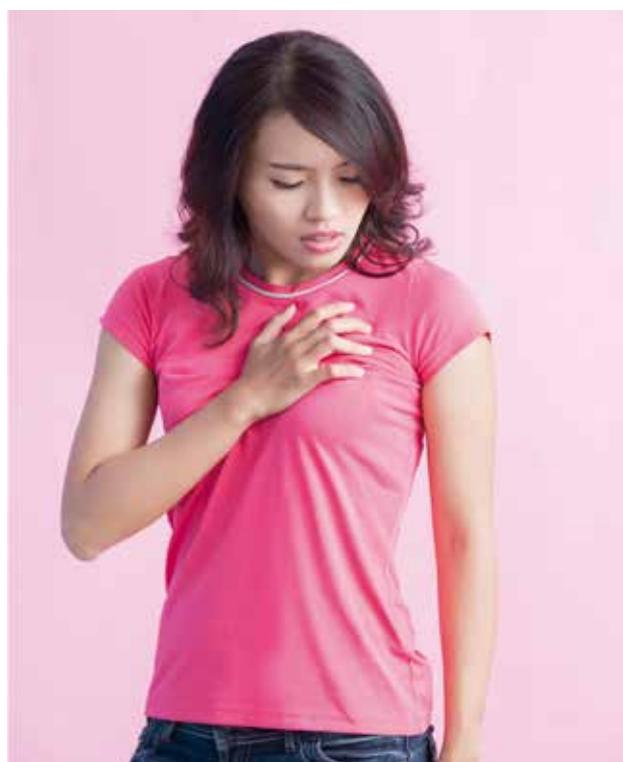


L'effet nocebo, conséquences psychologiques, stéréotypes entretenus, désinformation

Le cancer du sein est devenu une maladie "porteuse". Aussi sa promotion va bon train, on continue, via une messagerie rose stéréotypée, infantilisante et insultante pour l'image de la femme, à inciter les femmes à se soumettre à un dispositif dont l'utilité est très contestable, et certainement très modeste au regard des multiples risques connus à présent. L'impact psychologique du dépistage précoce sur les femmes est largement sous-estimé : stress chronique de la « terreur du cancer » entretenue par le corps médical et relayée par les medias, examens douloureux, anxiogènes, attentes angoissantes des examens et des résultats tous les 2 ans, erreurs de diagnostic et escalade diagnostique, impacts physiques et psychiques des ablations « préventives » de seins que certaines femmes demandent au corps médical, séances de radiothérapie et de chimiothérapies pratiquées en excès vu le nombre croissant de surdiagnostics, effet nocebo transgénérationnel sur les filles et petites-filles de femmes ayant eu un cancer du sein dans leur famille et persuadées de devoir en être atteintes à leur tour.

Et tout cela dans une désinformation coupable et massive des femmes. Diffuser des slogans mensongers et réducteurs est bien plus simple que de faire de la pédagogie, rassurer, expliquer aux femmes la réalité du cancer du sein et les réels

tenants et aboutissants d'un dépistage. Mais outre le fait d'aller au-devant d'une catastrophe sanitaire si on ne maîtrise pas mieux l'emballement des surdiagnostics imputables au dépistage, notre conduite médicale qui impose aux femmes un dispositif médical potentiellement délétère sans information relève du charlatanisme. Pire encore, laisser les femmes dans l'ignorance s'apparente à de la violence, une violence supplémentaire faite aux femmes, un crime que nous laissons faire avec la bénédiction des pouvoirs publics.



Conclusion

Le seul moyen d'émanciper les femmes dans ce domaine particulier et de les soustraire aux mensonges et idées fausses véhiculées depuis près de 30 ans, c'est l'INFORMATION. C'est pour cela que notre collectif Cancer Rose milite, car notre conviction est que l'information loyale est la pierre angulaire pour sortir de cette situation, et qu'au vu de la lenteur et paresse des pouvoirs publics et institutions, elle passera par les femmes elles-mêmes, ainsi que par les jeunes générations de généralistes, moins formatées et plus critiques sur les dépistages massifs que nous l'étions, nous, vos aînés, auxquels on a fait miroiter une soi-disant prévention qui n'en est pas une et qui a entraîné des milliers d'individus inutilement et abusivement dans le malheur de la maladie.

Dr Cécile BOUR

*Du collectif Cancer Rose
www.cancer-rose.fr*

Thèse sur le lymphoedème après cancer du sein et sa prise en charge en médecine générale

Bonjour à tous,

Ancienne interne des hôpitaux de Rouen, actuellement en année de thèse, je m'intéresse à la thématique du lymphoedème et de sa prise en charge en médecine générale.

Je sollicite 5 minutes de votre temps pour répondre à un questionnaire sur le sujet.

Le but est de pouvoir grâce à vos réponses évaluer la façon dont est prise en charge cette pathologie et d'établir un guide d'informations sur cette thématique.

Ce questionnaire s'adresse à tous les médecins généralistes de France, thésés ou non, installés ou remplaçants.

Les résultats sont totalement anonymes.

Pour toute question et si vous souhaitez recevoir les résultats de cette étude, n'hésitez pas à m'envoyer un mail à :

theselymphoedeme@gmail.com

D'avance un grand merci pour votre participation.

Magali SIMON



Vous êtes :

Un homme

Une femme

Votre âge :

20-30 ans

30-40 ans

40-50 ans

50-60 ans

> 60 ans

Vous exercez ou remplacez :

En milieu rural

En milieu semi-rural

En milieu urbain

Votre département : (menu déroulant)

Depuis combien de temps ?

< 5 ans

5-10 ans

10-20 ans

> 20 ans

Vous-mêmes ou un membre de votre entourage (famille, ami, collègue) souffrez-vous de lymphoedème ?

Oui

Non

Avez-vous une formation spécifique/ spécialisation dans le domaine du cancer / soins de suite / médecine vasculaire ?

Non

Oui laquelle ? _____

Environ combien de patientes suivez-vous régulièrement dans le cadre de la prise en charge et le suivi d'un cancer du sein ?

- Moins de 5
- Entre 5 et 10
- Entre 10 et 20
- Plus de 20
- Aucune

Au cours de l'année qui vient de s'écouler, combien de femmes environ sont venues vous consulter spécifiquement pour cette pathologie ?

- Aucune
- Moins de 5
- Moins de 10
- Entre 10 et 20
- Plus de 20

Selon vous combien de femmes traitées pour un cancer du sein sont à risque de développer un lymphœdème du bras ?

- 1 femme sur 50
- 1 femme sur 20
- 1 femme sur 10
- 1 femme sur 5
- 1 femme sur 2

Le lymphoedème après le cancer du sein survient en moyenne :

- Dans les 6 semaines qui suivent le traitement chirurgical/radiothérapie
- Dans les 6 mois
- Dans les 2 ans
- Dans les 5 ans
- Je ne sais pas

Vos patientes atteintes et traitées pour un cancer du sein ont-elles été prévenues de cet éventuel effet secondaire du traitement ?

- Non
- Oui par vous-même
- Oui par leur oncologue/chirurgien
- Je ne sais pas

Parmi les patientes touchées par un cancer du sein, certaines vous ont-elles spontanément parlé de lymphœdème ou « gros bras » avant même d'en être atteinte ?

- Oui
- Non

Recherchez-vous systématiquement des lymphœdèmes dans la prise en charge d'un cancer post-cancer du sein ?

- Oui
- Non

Parmi les propositions suivantes, cochez les propositions qui vous semblent justes :

Choix multiple

- Plus le nombre de ganglions enlevés lors de la chirurgie est important, plus le risque de développer un lymphœdème par la suite est grand
- Les mastectomies entraînent plus de lymphœdème que les tumorectomies
- La technique du ganglion sentinelle a permis de réduire le risque de lymphœdème
- La radiothérapie n'est pas un facteur de risque de développer un lymphœdème

Le diagnostic du lymphœdème se fait selon vous :

Choix multiple

- Uniquement sur les symptômes cliniques
- Sur des mesures périmétriques comparatives des bras
- Sur des examens radiologiques

Les examens radiologiques sont :

- Obligatoires pour confirmer le diagnostic
- Utiles uniquement s'il existe un doute diagnostic

Vous venez de découvrir un lymphœdème de grade avancé chez une patiente ayant pour antécédent un cancer du sein opéré. Elle doit être prise en charge pour un traitement décongestif intensif afin de soulager ses symptômes.

En fonction de vos possibilités locales d'exercice :

Choix multiple

- Vous lui prescrivez un manchon compressif à porter le jour
- Vous lui prescrivez une compression à porter jour et nuit
- Vous l'adrez à un kinésithérapeute pour des drainages manuels
- Vous l'adrez à un kiné spécialisé dans cette pathologie (formé aux bandages spécifiques, équipé de matériel de pressothérapie...)
- Vous connaissez un centre de lymphologie dans votre département et vous l'adrez dans ce centre
- Vous l'adrez à un centre spécialisé mais dans un autre département car il n'en existe pas à votre connaissance proche de votre lieu d'exercice
- Vous ne connaissez pas l'existence de centre spécialisé pour ce type de prise en charge
- Je n'en ai jamais pris en charge
- Je l'adrez à son oncologue plus habitué à prendre en charge cette pathologie

Quelles autres types d'action de prise en charge avez-vous déjà conseillées/prescrites à ces patientes ?

choix multiple

- Programme d'éducation thérapeutique, avec l'aide d'un kinésithérapeute
- Nutritionniste
- Psychologue
- Groupe de patients
- Aucune jusqu'à présent
- Autre

Parmi les conseils de « vie quotidienne » suivants, lesquels avez-vous déjà donnés à une patiente atteinte de lymphœdème ?

choix multiple

- Perdre du poids si elle est en surpoids
- Ne pas pratiquer de sport utilisant le bras atteint
- Maintenir régulièrement au cours de la journée le bras en l'air
- Surveiller la peau et toute blessure potentielle
- Pratiquer des activités comme le bricolage, le jardinage avec des gants
- Éviter de prendre l'avion au maximum car les voyages en avion peuvent aggraver le lymphœdème
- Aucun pour le moment
- Autre

Des cures thermales sont spécialisées dans le traitement intensif du lymphœdème :

- Je ne connaissais pas leur existence
- Oui je les connais mais je n'ai encore jamais prescrit ce genre de cure
- Oui et j'en ai déjà prescrit pour cette pathologie

Parmi les propositions suivantes, lesquelles vous semblent nécessaires chez des patientes atteintes de lymphœdème?

choix multiple

- Interdire catégoriquement les prises de tension artérielle du côté atteint
- Interdire catégoriquement les prises de sang ou gestes invasifs sur le membre atteint
- Déconseiller toute nouvelle intervention du type reconstruction mammaire homolatérale
- Aucun

Une patiente atteinte de lymphœdème est plus à risque de développer un érysipèle que d'autres patientes sans lymphœdème :

- oui
- non
- je ne sais pas

Communiqués de PRESSE



Réforme du 3^e cycle des études médicales : un projet inachevé pour la Médecine Générale !

19 avril 2017

Après le décret initial publié le 25 novembre 2016, un arrêté a été publié le 14 avril 2017 précisant l'ensemble des modalités réglementaires et organisationnelles réformant le troisième cycle des études médicales (1) à compter de la promotion de novembre 2017 (NB : les actuels internes ne sont donc pas concernés).

L'approche des élections (présidentielle et législatives) et les habituelles difficultés de bouclage d'une réforme ont donné lieu à diverses controverses voire polémiques (2) et finalement à un appel de l'ISNI à la grève des internes de spécialités à compter de ce jour (3).

En tant que syndicat indépendant d'internes de Médecine Générale (mais aussi de remplaçants et de jeunes installés/salariés en Médecine Générale), le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) renouvelle son souhait d'une réforme la plus consensuelle possible pour toutes les disciplines et assurant aux futurs internes de Médecine Générale une formation professionnalisante, de qualité, à l'égal des formations d'autres spécialités, spécifique mais aussi ouverte sur des savoirs et des pratiques qui peuvent lui être liées (à l'image d'une discipline, à la fois globale et variée).

Ainsi, le SNJMG réitère sa demande de concertation la plus large possible pour résoudre les litiges en suspens et ceux qui pourrait se déclarer lors de la mise en place de la réforme.

De plus, le SNJMG rappelle ses revendications de réforme progressive consolidant les acquis de l'internat de Médecine Générale mis en place en 2004 (maquette du DES comportant 2 stages de Médecine Générale en ambulatoire, 1 stage d'urgences et 1 ou 2 stages de gynécologie et de pédiatrie – de préférence en ambulatoire) et ouvrant la perspective d'un DES de 4 ans (permettant des stages en gériatrie et/ou psychiatrie - de préférence en ambulatoire - et l'acquisition de savoirs et de pratiques - éventuellement communs à d'autres spécialités - utiles à la Médecine Générale). Enfin, le SNJMG insiste pour que les internes des promotions antérieures à 2017 puissent effectuer dans de bonnes conditions tout leur cursus selon les modalités d'organisation prévalant à leur entrée dans le 3^e cycle des études médicales.

Le SNJMG médiatisera prochainement les propositions précises qu'il compte transmettre à ses partenaires dans les négociations ministérielles mais aussi aux candidats aux prochaines échéances électorales.

Annexes :

1. : Calendrier de la réforme :

La réforme du troisième cycle a été initiée suite à un rapport établi en 2010 par l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) et l'IGAENR (Inspection Générale de l'Administration, de l'Education Nationale et de la Recherche) sur l'organisation du troisième cycle des études médicales et du post-internat. Après de longues années de discussions à partir de ce rapport, l'ambition des actuels ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche était d'appliquer la réforme à compter de la promotion 2017.

Après le décret initial publié le 25 novembre 2016, un premier arrêté publié le 14 avril 2017, précise l'ensemble des modalités réglementaires et organisationnelles : rôle et composition des commissions de spécialité ; conditions d'agrément des stages ; outils de suivi de la formation et du projet pédagogique des étudiants ; organisation des choix de stages ; modalités de validation des stages, de passage de la thèse et d'obtention du diplôme d'étude spécialisée (DES) ; création du comité de suivi et d'évaluation de la réforme, dont les étudiants et internes sont membres, et qui se réunira dès le 1^{er} trimestre 2018.

Un autre arrêté est en cours de finalisation : il prévoit les dispositions pédagogiques relatives aux connaissances et compétences à acquérir, la liste des DES, des options et des formations spécialisées transversales (FST), ainsi que les maquettes de formation correspondant au DES des 44 spécialités médicales mise en place par la réforme. Cet arrêté sera présenté aux organes consultatifs requis (CNESER le 18 avril et CNEMMOP le 19).

Un troisième arrêté sera publié avant le 31 juillet 2017 : il prévoit les maquettes de formation correspondant aux FST, les modalités d'accès à ces formations, notamment l'existence ou non d'une régulation quantitative nationale et le cadre général de la régulation qualitative qui sera opérée localement par la commission locale de coordination de la spécialité.

Enfin, un décret en Conseil d'Etat sera soumis au 1^{er} mai 2017 et définira le régime de l'exercice en autonomie supervisée et les actes que l'étudiant de 3^{ème} cycle pourra pratiquer seul, sous la responsabilité de son maître de stage.

2. : Communiqué du SNJMG (22 mars 2017)

3. : Communiqué de l'ISNI (14 avril 2017)

Modifications tarifaires pour la MG : Une correction nécessaire mais qui ne résout pas la crise de la discipline

03 mai 2017

Cette semaine, entrent en application des modifications de tarification des consultations de Médecine Générale. Ces modifications constituent la première traduction concrète issue de la convention médicale signée en août 2016.

A l'époque, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) avait déploré, avec les autres organisations de jeunes médecins, le manque d'ambition de la nouvelle convention, mais reconnaissait également, de son côté, l'existence d'éléments positifs au sein de ce texte, fidèle en cela à sa tradition de refus de la démagogie.

La création de la majoration MMG (de 2 euros) qui vient se rajouter à la consultation/visite (dont la tarification reste inchangée) est l'aboutissement d'un combat pour l'équité entre la Médecine Générale et les autres spécialités. Après que l'intersyndicale de médecins généralistes (FMF-UG, MG-France, SMG, SNJMG et Union Collégiale) avait obtenu en 2011 l'égalité de cotation et de valeur pour la consultation entre médecins généralistes et autres spécialistes, la nouvelle convention de 2016 donne satisfaction à MG-France et au SNJMG en octroyant aux médecins généralistes une majoration équivalente à celle réservée jusqu'ici aux autres spécialistes.

Ce geste nécessaire ne règle pas l'ensemble des difficultés que traverse actuellement la Médecine Générale, avec une crise à la fois quantitative (plus de médecins généralistes qui partent que de médecins généralistes qui s'installent) et qualitative (de moins en moins d'attractivité pour la Médecine Générale conventionnée malgré les dernières améliorations statutaires et financières).

Par ailleurs, le SNJMG est conscient que cette majoration de 2 euros renchérit de 60 centimes le reste à charge de la consultation pour un patient dépourvu de mutuelle. Le SNJMG rappelle donc sa demande, partagée avec MG-France et le SMG, d'une prise en charge à 100 % des soins primaires par la Sécurité Sociale, la disparition en Médecine Générale de toute pénalisation financière du patiente en lien avec le système du médecin traitant / Parcours de soins et la suppression des franchises médicales



Jeunes Médecins Généralistes, élection présidentielle et système de Santé

05 mai 2017

C'est aujourd'hui le dernier jour de la campagne pour l'élection présidentielle 2017. Cette campagne a été bien plus prolixes en invectives et mensonges qu'en débats programmatiques. Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) tient d'autant plus à rappeler ce jour ses valeurs et à exposer ses propositions quant au système de santé en France.

Depuis sa création en mars 1991, le SNJMG agit au nom des internes, des remplaçants et des jeunes installés/salariés en Médecine Générale dans le respect d'un certain nombre de valeurs : solidarité face aux problèmes de santé, respect des patients, collaboration avec l'ensemble des professionnels de santé, transparence des acteurs du système de santé, indépendance médicale, démocratie syndicale (1).

Ainsi, le SNJMG milite pour des études médicales débarrassées du parasitisme de structures privées, prévenant de l'influence de l'industrie du médicament et des produits de santé, respectant les étudiants, la variété de leurs parcours et la diversité syndicale de leurs représentants et assurant une formation de qualité, en prise avec les réalités multiples et diverses de la pratique médicale quotidienne. Il demande également une résolution rapide et honorable au gâchis que constitue la situation des médecins "privés de thèse".

Concernant l'exercice médical, le SNJMG agit pour un exercice plus équilibré entre soins et prévention, une diversification des modes de

rémunération - qui ne se passe pas prioritairement par une mesure médico économique comme le paiement "à la performance" type ROSP (2) - et l'aboutissement d'une démarche de revalorisation de la Médecine Générale.

Enfin, de la même façon qu'il a œuvré à l'amélioration des conditions de formation et d'exercice des médecins généralistes, le SNJMG rappelle son attachement à des soins accessibles à tous :

- Maintien de l'Aide Médicale d'Etat (AME)
- Prise en charge à 100 % des soins primaires par la Sécurité Sociale,
- Disparition en Médecine Générale de toute pénalisation financière du patient en lien avec le système du médecin traitant / Parcours de soins,
- Suppression des franchises médicales,
- Facilitation de la contraception et préservation des possibilités de recours à l'IVG pour toutes les femmes.

(1) : Présentation générale des propositions du SNJMG

(2) : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

Contact presse :

Dr Emilie FRELAT, Présidente | 06 19 90 26 57 | presidente@snjmg.org



Santé : Le bilan en trompe l'œil de Marisol Touraine

12 mai 2017

Mercredi soir, le premier ministre a remis la démission de son gouvernement à l'actuel Président de la République, Monsieur François Hollande. Madame Touraine quitte donc le Ministère de la Santé (où elle est restée en place tout le quinquennat) avec un bilan qui semble à première vue assez flatteur :

- Suppression des franchises médicales pour les patients bénéficiaires de l'ACS (Aide à la Complémentaire de Santé) ;
- Limitation des dépassements d'honoraires ;
- Renforcement du cadre réglementaire sur les liens d'intérêt en santé ;
- Amélioration statutaires concernant les internes de médecine (dont la réduction du temps de travail de 11 à 10 demi-journées par semaine) ;
- Réforme du 3^{ème} cycle des études médicales ;
- Recrutement d'enseignants en Médecine Générale ;
- Début de solution réglementaire au problème des médecins « privés de thèse » ;
- Premier plan national coordonné concernant la démographie médicale ;
- Amélioration de la couverture maternité des femmes médecins ;
- Concertation citoyenne sur des questions de santé publique.

Autant de mesures dont le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (le SNJMG) devrait être l'un des premiers à s'en réjouir puisqu'elles font partie depuis longtemps de ses propositions en matière de Santé. Cependant, toutes ces années relèvent plus de concessions de la part de la ministre que d'une réelle volonté politique.

Le SNJMG rappelle ainsi que la ministre n'a concédé la réduction du temps de travail des internes de médecine que sous la pression d'une mise en demeure de la commission européenne, et que pour ce faire, elle a opté pour une solution bancaire tout en sabordant l'expérimentation de la garde du samedi matin. Quant aux améliorations statutaires, ce sont des contreparties obtenues aux grèves des internes de 2012 et 2014 (menées par l'ISNI, la FNSIP, le SNIO et le SNJMG) et à la mobilisation des étudiants et des internes en médecine dans le mouvement contre son projet de loi de Santé. Enfin, l'amélioration du recrutement des enseignants en Médecins Généralistes s'est souvent fait dans le cadre d'arrangements ponctuels et la réforme du 3^e cycle passe in extremis sans régler toutes les zones d'ombre du projet retenu suite au rapport établi en 2010 par l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) et l'IGAENR (Inspection Générale de l'Administration, de l'Education Nationale et de la Recherche).

Et tout le reste est à l'avenant :

- Les franchises médicales n'ont été supprimées pour les bénéficiaires de l'ACS que pour permettre la mise en place rapide et sans encombre du tiers-payant, les franchises médicales étant pérennisées pour les autres patients par cette même loi sur le tiers-ayant.
- Le taux moyen des dépassements d'honoraires a été diminué par l'avenant 8 de la commission médicale de 2011- adoubé par la ministre de la Santé - grâce à un raboutage des dépassements les plus élevés, mais aussi par une augmentation du nombre de médecins autorisés à pratiquer des dépassements, ce qui ne résout pas le problème du reste à charge pour les patients.

- Le plan « Démographie Médicale » de 2012 est surtout une déception par rapport aux ambitions annoncées, avec des mesures d'intérêt mineur voire des mesures « gadget » destinées à produire des chiffres, puis, 3 ans plus tard, un deuxième plan guère plus ambitieux si bien qu'en décembre 2016, le premier ministre, Monsieur Bernard Cazeneuve, annonçait de nouvelles mesures gouvernementales qui finalement ne sont pas venues. En marge de ce dossier, l'amélioration de la couverture maternité des femmes médecins n'est qu'une maigre avancée concernant la protection sociale des médecins, obtenue suite à la mobilisation contre la loi de santé (et encore, la ministre de la santé a exclu les médecins remplaçants de cette amélioration sociale).
- La réglementation sur les liens d'intérêt est longtemps restée au point mort et aucun progrès n'aurait été obtenu sans l'engagement du Formindep, du Conseil de l'Ordre des médecins et du SNJMG. Et l'ambiguïté de la ministre à ce propos, est restée flagrante : par exemple, lorsqu'elle est décorée de la Légion d'Honneur avec les représentants de l'industrie pharmaceutique ou ses principaux relais dans le milieu hospitalo-universitaire ou encore lorsqu'elle a décidé dernièrement de maintenir le remboursement de ses médicaments antialzheimer.
- Les concertations citoyennes pour les questions publiques mises en place par la ministre ont connu des sorts eux aussi assez malheureux : a posteriori, la concertation sur la vaccination, a été plus organisée dans le but d'imposer un modèle que dans le but de répondre scientifiquement aux interrogations de la population alors que le travail impressionnant de la concertation sur le dépistage du cancer du sein par la mammographie a été en grande partie écarté dans les décisions de la ministre sur le sujet.
- Quant aux médecins "privés de thèse", la ministre est co-responsable de la situation d'impasse dans laquelle ils se trouvent et, sans l'engagement du Conseil National de l'Ordre des Médecins et du SNJMG et l'intervention ponctuelle d'autres syndicats médicaux (FMF, MG-France, SML), elle n'aurait pas concédé un début de solution réglementaire dont elle laisse la mise en œuvre au prochain ministre de la Santé.

S'il ne faut donc pas se plaindre des résultats obtenus pendant le quinquennat qui se termine, le SNJMG rappelle qu'ils sont avant tout le fruit de la mobilisation de (jeunes) médecins. C'est pourquoi, le SNJMG lance un appel aux (jeunes) médecins à s'intéresser encore et toujours à la chose publique. De même, le SNJMG invite les futurs responsables gouvernementaux à la négociation avec les représentants des (jeunes) médecins.



Contact presse :

Dr Emilie FRELAT, Présidente | 06 19 90 26 57 | presidente@snjmg.org

Mme Agnes Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé sera-t-elle attentive à la Médecine Générale ?

17 mai 2017

Ce jour, sur proposition du Premier Ministre, Mr Edouard Philippe, le président de la République, M. Emmanuel Macron, a nommé Mme Agnes Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé.

A la veille du second tour de l'élection présidentielle, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) avait rappelé aux deux candidats les valeurs qu'il défendait et les principales propositions qu'il leur soumettait concernant le système de santé en France.

Comme à son habitude, le SNJMG souhaite à l'arrivée d'un nouveau ministre instaurer une relation de qualité permettant de travailler ensemble pour le bien être des patients et des médecins, à commencer par les internes, remplaçants et jeunes installés et salariés en Médecine Générale que le syndicat représente depuis 1991.

Dans l'immédiat, le SNJMG sera attentif à la suite que le ministre donnera au problème des pénalités financières touchant les patients sans médecin traitant, problème relevé par un article du journal "Le Monde" en date du 13 mai 2017, suite à la publication d'une étude de la DREES sur les "déserts médicaux".

Cet article démontre comment les patients sans médecin traitant sont pénalisés financièrement en application de la réforme du médecin traitant / parcours de soins.

A la création du dispositif en 2005, le SNJMG avait critiqué ces pénalités pour les parcours hors filière en raison des effets pervers aussi bien pour les patients que pour les médecins souhaitant s'installer en zones démographiquement fragiles. Il avait finalement obtenu du gouvernement de l'époque un moratoire pour les jeunes installés en Médecine Générale et les patients les consultant.

Devant l'accroissement de la crise démographique, ce moratoire, longtemps mal respecté par les Caisses d'Assurance Maladie et trop méconnu des patients, n'est plus suffisant pour contrer les effets pervers liés au dispositif médecin traitant / parcours de soins. Aussi depuis plusieurs années, le SNJMG demande la disparition de ces pénalités financières pour les soins primaires.

Cette demande est de plus en plus partagée par d'autres médecins comme en témoigne la pétition lancée en début d'année par des médecins de Pau sur le site change.org.

Le SNJMG invite le nouveau ministre de la Santé à intervenir rapidement sur le sujet : ce sera un bon début pour travailler avec lui sur ces deux gros dossiers que sont la démographie médicale et la crise de la Médecine Générale.



Contact presse :

Dr Emilie FRELAT, Présidente | 06 19 90 26 57 | presidente@snjmg.org

Nouveau dossier de Personne Handicapée : une simplification... mais pour qui ?

08 juin 2017

À partir de septembre 2017, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) pourront proposer un nouveau formulaire de demande administrative. Le nouveau formulaire de demande aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) compte 20 pages contre 8 pour le précédent : il est donc bien plus long, mais cette longueur viserait à plus de clarté...

Des nouveautés sont aussi à signaler pour le certificat médical à joindre au dossier. Depuis début mai, les personnes handicapées déposant une demande à la MDPH doivent utiliser un nouveau formulaire. Lui aussi est plus détaillé que l'ancien (8 pages au lieu de 4, sans compter 2 pages pour le bilan auditif et 2 pages pour le bilan ophtalmo) avec la même justification : plus long mais "plus clair..."

S'il ne peut que souscrire à l'objectif affiché de simplification administrative, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) constate que ce travail médico-administratif demandé aux médecins généralistes vise bien plus à soulager les MDPH, souffrant de moyens de fonctionnement limités, qu'à favoriser la reconnaissance des droits des personnes handicapées, et, encore moins, qu'à libérer du temps médical pour les médecins généralistes, ce qui devrait être l'un des buts de la simplification administrative en ces temps difficiles pour la démographie médicale.

Contact presse :

Dr Emilie FRELAT, Présidente | 06 19 90 26 57 |
presidente@snjmg.org

Risques psycho sociaux des jeunes médecins : il reste beaucoup à faire !

14 juin 2017

En tant que syndicat indépendant d'internes en Médecine Générale, le SNJMG se mobilise depuis 20 ans sur la question des risques psycho-sociaux des internes de médecine.

C'est ainsi qu'en 1998 le SNJMG avait été le premier syndicat à demander l'application du repos de sécurité pour internes et résidents. De même, en 2003, le SNJMG avait été le premier syndicat à organiser une réunion sur le burn out des soignants en général et des internes en particulier.

Ces dernières années, cette question des risques psycho-sociaux des jeunes médecins a gagné en visibilité : plusieurs livres (1), des thèses de médecine (2) ont été publiés et des reportages TV ont été diffusés (exemples : France 2, BFMTV), notamment à l'occasion des grèves d'internes de 2012

et 2014. De plus, les souffrances professionnelles ont constitué, fin 2014, le thème central de la deuxième édition des Assises Nationales des Jeunes Médecins Généralistes organisé par le SNJMG et une enquête a été menée, au printemps 2016, par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (avec la participation de toutes les structures de jeunes médecins dont le SNJMG).

Aussi quand, à l'initiative de l'ISNI, une nouvelle enquête nationale a été lancée, un an après celle du CNOM, auprès des étudiants et internes de médecine, le SNJMG n'a pas hésité.

Même s'il n'a pas été associé aux autres structures organisatrices (alors que travaillons régulièrement ensemble au sein du "front des jeunes médecins"), le SNJMG a décidé de soutenir l'enquête en incitant tous ses adhérents et sympathisants concernés à y participer.

Grâce à la mobilisation de toutes et de tous, cette enquête dresse un bon panorama de la situation actuelle... et, malgré toutes les améliorations officiellement apportées depuis 1998, cette situation n'est pas brillante (3).

Le SNJMG s'associe donc à la demande des autres structures du "front des jeunes médecins" pour un plan d'ensemble d'amélioration des conditions d'exercice des étudiants et internes de médecine sur la base de propositions de bon sens : visites d'aptitude en service de santé à chaque changement de statut, formation des médecins au management, respect de la réglementation du temps de travail et du repos de sécurité...

Plus spécifiquement concernant les internes, le SNJMG rappelle quelques-unes de ses revendications :

- La confirmation du statut d'un agent public de l'interne (qui ne doit pas être qualifié de « stagiaire ») ;
- La signature systématique à chaque prise de poste d'une convention tripartite détaillant l'emploi du temps de l'interne ;

- La transformation du samedi matin en demi-garde, permettant une application simple et claire de la réduction du temps de travail obtenue en 2014 ;
- Sanction financière des hôpitaux qui n'appliquent pas les dispositions réglementaires existantes (notamment concernant le repos de sécurité ou le temps de formation) ;
- Rémunération comme heures supplémentaires de tout le temps de travail au-delà du temps réglementaire découlant du statut d'agent public ;
- Prise en compte de la pénibilité des conditions d'exercice des internes et mise en place dans chaque GHT d'une structure de soutien aux internes en souffrance au travail ;
- Information des internes par les établissements sur leurs droits au sein de l'hôpital en tant que salariés de la fonction publique (accès au CHSCT, à la médecine préventive...) ;
- Dispense de gardes et astreintes à partir du 3^e mois de grossesse.

Le SNJMG compte discuter de tous ces sujets lors de ces rencontres à venir au ministère de la Santé et au ministère de l'Enseignement Supérieur.

(1) : Exemples de livres

Burn Out écrit par Patricia Martel (Atlantica)

"Internez-nous! - Vos (futurs) médecins généralistes témoignent" d'Ariane Musseedy, Morgane Lucet, Louise Balas et Bérénice Tilleul, Collection Paroles d'étudiants, BoD, 2013

Omerta à l'hôpital, Valérie Auslender, éditions Michalon, 2017

(2) : Exemple de thèse :

ANALYSE DES FACTEURS FAVORISANTS DU BURN OUT DES INTERNES A TRAVERS L'ECRITURE D'UN ROMAN/TEMOIGNAGE VISANT À VULGARISER ET PREVENIR LE PHENOMENE, Patricia Martel, 2011

Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine, Antoine Le Tourneur, Valeriane Komly, 2011

(3) : Article du Journal *Le Monde* du 13.06.17

Contact presse :

Dr Emilie FRELAT, Présidente | 06 19 90 26 57 | presidente@snjmg.org

Les propositions du syndicat des jeunes médecins généralistes à la nouvelle ministre de la Santé

20 juin 2017

Dans le cadre de la prise de fonctions de Mme Agnes Buzyn, le Syndicat National des Jeunes Médecins généralistes (SNJMG) a été reçu hier au ministère de la Santé et des Solidarités.

Le SNJMG a rappelé l'originalité de son organisation : structure nationale, indépendante, transversale rassemblant les jeunes médecins généralistes quel que soit leur statut : internes/FFi, remplaçants, collaborateurs, jeunes installés ou salariés en Médecine Générale (en ambulatoire ou en hospitalier).

Concernant les études médicales, le SNJMG milite contre le parasitisme de structures privées, et l'influence de l'industrie du médicament et des produits de santé. Il demande le respect des étudiants et internes, tant en termes de statut que de conditions de travail, et la diversité syndicale de leurs représentants. Il plaide pour une formation universitaire de Médecine Générale (FUMG) disposant des moyens adéquats pour répondre à l'encadrement de près d'un interne sur 2 et au développement d'une véritable mission de recherche. Il demande également une résolution rapide et honorable du gâchis que constitue la situation des médecins "privés de thèse".

Concernant l'exercice médical, le SNJMG agit pour un exercice plus équilibré entre soins et prévention, une diversification des modes de rémunération - qui ne se passe pas prioritairement par une mesure médico-économique comme le paiement "à la performance" type ROSP (1 Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) dont on connaît les limites - et la poursuite de la revalorisation de la Médecine Générale.

A l'occasion de la réforme sociale envisagée par le Président de la République, le SNJMG demande, une refonte de la protection sociale des médecins conventionnés. Pour les médecins remplaçants, il propose la création d'une rémunération forfaitaire pérenne accessible à tous, liée à des critères de démographie médicale et, pour ceux qui le souhaitent, l'accès à la ROSP (sous une forme adaptée à leur particularité d'exercice).

De la même façon qu'il a œuvré à l'amélioration des conditions de formation et d'exercice des médecins généralistes, le SNJMG rappelle son attachement à des soins accessibles à tous. Il rappelle ainsi la proposition qu'il a faite à Mme Agnes Buzyn dès l'annonce de sa nomination comme ministre de la Santé : la suppression rapide de toutes pénalités financières pour les patients en soins primaires.

Enfin, le SNJMG a encouragé la ministre de la Santé à aller plus loin dans la voie (plus ou moins difficilement empruntée par ces prédécesseurs, suite à l'affaire du Mediator) de la remise en cause de l'influence des industries du médicaments et des produits de santé sur le système de santé français.

Comme à son habitude, c'est uniquement en fonction des actes de la ministre que le SNJMG jugera la politique suivie par Mme Agnes Buzyn.

Contact presse :

Dr Emilie FRELAT, Présidente | 06 19 90 26 57 | presidente@snjmg.org

Internat de médecine : des épreuves effectuées dans des conditions intolérables !

22 juin 2017

Aujourd'hui, plus de 8000 étudiants de médecine sont convoqués pour une journée supplémentaire de composition dans le cadre des Epreuves Nationales Classantes (ECN), qui, comme leur nom l'indique, classent les étudiants avant de choisir leur spécialité (Médecine Générale incluse) et leur subdivision géographique d'internat.

Ceci est la conséquence de la reconduite lundi d'un dossier d'annale 2016, repris cette année dans une préparation privée, et de la présentation hier d'un sujet déjà proposé dans une conférence de préparation de l'une des 37 UFR de Médecine.

Ce n'est pas la première fois que les ECN connaissent des problèmes d'organisation, le paroxysme ayant été atteint lors de la session 2011 (avec des épreuves annulées et repassées puis des bugs techniques lors des choix). Et la mise en place l'année dernière d'une composition des ECN sur tablette numérique avait motivé l'organisation de tests lors d'ECN blanches qui se sont révélées bien nécessaires pour permettre une session sans accroc majeur, du moins technique.

Il est donc difficile de comprendre et encore plus d'excuser les problèmes que les étudiants rencontrent depuis lundi (cf. : fil d'info continu sur Internet).

Au-delà des multiples coquilles et bugs techniques dans la présentation des sujets des ECN 2017, comment ne pas être scandalisé par ces grossières erreurs de sélection des dossiers proposés aux étudiants ? Et sans parler de correction de dossier non conforme aux recommandations (traitement de l'helicobater pylori) ni de la canicule éprouvant les étudiants qui n'ont pas tou(te)s la chance de composer dans des salles climatisées (un autre type de rupture d'égalité)...

En tant que syndicat indépendant d'interne de Médecine Générale, le Syndicat des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) demande une

intervention des ministères concernés, dans la gestion des ECN actuelles et dans la réflexion générale sur l'organisation des ECN.

En ce qui concerne les actuelles ECN, le SNJMG demande des excuses officielles des organisateurs des ECN auprès des étudiants en médecine, la mise en place rapide d'une enquête administrative avec diffusion publique de ses résultats.

En ce qui concerne l'organisation des ECN, le SNJMG rappelle sa revendication déjà ancienne d'une réévaluation périodique du principe et des modalités pratiques des épreuves.

Dans l'immédiat, le SNJMG tient à manifester son soutien plein et entier aux étudiants en médecine qui, en sus des difficultés qu'ils affrontent, doivent endurer la communication maladroite et trop peu compassionnelle des organisateurs des ECN.



Contact presse :

Dr Emilie FRELAT, Présidente | 06 19 90 26 57 |
presidente@snjmg.org

Internat de médecine : Des engagements officiels suite au fiasco des épreuves (ECN)

27 juin 2017

Ce mardi 27 juin 2017, alors que plusieurs centaines d'étudiants se mobilisaient dans les différentes villes de CHU en France, Mmes Agnes Buzyn et Frédérique Vidal, ministres respectivement en charge de la Santé et de l'Enseignement Supérieur ont reçu les représentants de l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF), suite au fiasco des Epreuves Nationales Classantes (ECN) la semaine dernière.

En tant que syndicat indépendant d'internes de médecine générale, le Syndicat National des jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) avait apporté son soutien aux étudiants en médecine victimes de ce fiasco, et à leurs représentants.

Le SNJMG, partie prenante dans la création des ECN, avait également exprimé des demandes suite à ce fiasco et rappelé ses revendications de suivi et d'évaluation de ces épreuves. C'est pourquoi, il tient à exprimer sa satisfaction devant les engagements pris par les ministres auprès de l'ANEMF.

Le SNJMG se réjouit ainsi de la création d'une mission d'enquête IGAS/IGAENR dont les conclusions seront rendus avant le 15 septembre, de la mise à disposition de tou(te)s les étudiant(e)s des annales des ECN blanches et officielles et de la définition d'une mission inter ministérielle sur le deuxième cycle des études médicales et les ECN.

Si tous ces éléments vont dans le sens des demandes du SNJMG, il faut reconnaître que, concernant le fiasco, le principe de sanction n'est pas arrêté, aucune remise en cause d'organisation(s) administrative(s) n'est évoqué et que, pour l'avenir, rien ne dit que les corrections seront jointes aux annales des ECN. Quoi qu'il en soit, le SNJMG restera vigilant quant à la traduction pratique de ces annonces.

Enfin, si tout ceci aboutit à des résultats probants pour les futurs candidats à l'internat de médecine, le SNJMG n'oublie pas les étudiants qui ont fait les frais du fiasco de 2017 : le syndicat leur exprime tout son soutien et ses félicitations pour la mobilisation réussie du 27 juin 2017.



Contact presse :

Dr Emilie FRELAT, Présidente | 06 19 90 26 57 |
presidente@snjmg.org

TROUVER UN EMPLOI EN QUELQUES CLICS

grâce au portail Internet www.fehap.fr

LA FÉDÉRATION

INFORMATIONS & SERVICES

EMPLOI

Offre d'emploi

CVthèque

Service Civique

Espace Candidat

Espace recruteur

Offre d'emploi à temps partagé

Pour Poster votre CV,
rendez-vous sur
www.fehap.fr

Allez dans la rubrique « emploi »,
puis « espace candidat »
et Cliquez sur « ajouter un CV »

Créez vous une alerte
pour recevoir les offres d'emploi
correspondant à votre recherche

Près de 160 nouvelles offres d'emploi
créées chaque mois.

Mon CV est visible par
plus de 4 000
directeurs d'établissements

LA FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET D'AIDE À LA PERSONNE PRIVÉS NON LUCRATIFS



▶ 670 établissements de santé



▶ 1500 établissements et services
pour personnes âgées



▶ 1200 établissements et services
pour personnes handicapées



▶ 250 établissements d'accueil
des jeunes enfants



▶ 280 établissements et services
pour personnes en difficulté sociale

JE SUIS EMBAUCHÉ(E) !

ANNONCES DE RECRUTEMENT





LA COMMUNE DE FREPILLON (95)

recherche **2 médecins généralistes**
en raison du prochain départ en retraite de l'unique médecin en activité

- Commune résidentielle de 3 300 habitants, mi-urbaine, mi-rurale, offrant un cadre de vie agréable.
- Disponibilité à l'automne d'un cabinet médical de 80 m² rénové (normes ERP et accessibilité).
- Bail professionnel individuel en libéral (loyers et charges modérés) à débattre en période de démarrage.

Contact : **Alain Martinez**

Directeur général des services qui organisera une rencontre avec le Maire
Tél. : 01 39 60 25 06 - Courriel : mairie@frepillon.fr



LILLE - DOUAI



La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lille Douai gère un Centre d'Examen de Santé (CES) dont la mission principale est de réaliser des bilans de santé auprès de la population et plus particulièrement en direction des publics les plus éloignés du système de soins, et ce, dans un objectif de dépistage et de prévention. Il participe également à différents programmes nationaux de santé publique et propose des ateliers d'éducation en santé et les offres de services en santé de l'organisme.

Le Centre d'Examen de Santé de DOUAI recherche **un médecin généraliste** en Contrat à Durée Déterminée à temps partiel de 24h/semaine, les matins du lundi au vendredi.

La prise de fonction est envisagée dès le mois de juillet 2017 et jusqu'à l'issue du congé maternité du médecin titulaire du poste.

— Sélection des candidats : —

Merci d'envoyer votre lettre de motivation accompagnée d'un curriculum vitae EXCLUSIVEMENT par mail à l'adresse suivante : recrutement@cpam-lille-douai.cnamts.fr



GUIPRY-MESSAC



LOCATION DE CABINETS POUR EXERCICE D'ACTIVITE MEDICALE
BRETAGNE-Département 35

Commune de GUIPRY-MESSAC 7000 habitants, 30 minutes en voiture du sud de Rennes et 25 minutes par trains réguliers (6^{ème} gare TER de Bretagne).

Un cadre de vie très agréable au bord de la Vilaine avec une activité touristique fluviale. Une augmentation démographique de l'ordre de 3% par an.

Des structures enfance et petite enfance, deux écoles publiques et privées, un collège en projet, un établissement d'enseignement agricole (MFR), deux établissements pour personnes âgées (EPHAD), un foyer de vie pour personnes handicapées.

Les professionnels paramédicaux présents sur la commune : infirmières, kinés, sage-femme, psychologues, pharmacies, ambulances, podologue, orthophonistes.

Un centre de secours important avec deux sites, un service d'aides à domicile très développé avec une dizaine d'infirmière.

La commune accueille le service médical de garde pour tout le sud du département. La commune est au centre d'un territoire qui est touché par le départ des médecins généralistes. La commune dispose de deux cabinets médicaux contigus, accessibles, état neuf pouvant recevoir l'activité libérale de deux médecins (avenue de la gare).

Mairie de GUIPRY-MESSAC - Rue Saint Abdou - B.P. 14 - 35480 GUIPRY-MESSAC
Tél. : 02 99 79 41 24 - Fax : 02 99 34 22 66 - Mail : mairie@guipry-messac.bzh



COMMUNE DE BRASPARTS

BRASPARTS, 1 050 habitants, au cœur des Monts d'Arrée, dans le Parc régional d'Armorique et Mont d'Arrée Communauté (8 000 habitants) à 35 min de Brest, Quimper, Morlaix et des plages.

Ecoles publique et privée, tous commerces et services dont une pharmacie, cabinet d'infirmières, aides à domicile, centre de secours. Riche vie associative culturelle et sportive, randonnées pédestres et équestres.



Recherche son médecin généraliste

Cabinet équipé existant, aides possibles, exercice en environnement préservé

Contact : M. le Maire - Tél. : 02 98 81 41 25 - Mail : mairie.brasparts@orange.fr

Etroitement liée à l'histoire d'Eric Tabarly et de la course au large, La Trinité-sur-Mer bénéficie de fait d'une notoriété internationale grâce à la dynamique de son port de plaisance et des nombreux acteurs du tissu économique qui la compose. Le poulis de la commune bat ainsi au rythme des courses à la voile, du Spi Ouest-France à l'ArMen Race et au Tour de Belle-Ile et de tous les records challengés par les plus grands marins.

Avec ses 1800 places de port et ses 1700 habitants à l'année, ses deux écoles, son multi-accueil et sa maison de retraite, La Trinité-sur-Mer offre un cadre de vie très agréable au cœur de la Baie de Quiberon, l'une des plus belles baies du monde.

L'accès aux soins est assuré aujourd'hui par deux médecins, douze infirmières, un podologue, dix kinésithérapeutes, trois dentistes, une pharmacie et des plateaux techniques proches. **En vue de préparer l'avenir, les deux médecins généralistes recherchent dès à présent un ou deux confrère(s)eurs.**

Travaillant en étroite collaboration avec les professionnels de santé de la commune, la municipalité a quant à elle investi dans un local de 500 m² afin d'y agencer une maison de santé. Située en centre-bourg, elle accueillera la plupart des professionnels et auxiliaires de santé dans des locaux confortables et adaptés : livraison prévue en janvier 2019.

Actuellement le cabinet Icône Médiation Santé accompagne les professionnels de santé sur des thématiques communes afin que soit possible un travail en réseau dès 2019.

Il ne manque donc que vous ! Rejoignez-nous !

Compte-tenu des contraintes de logement, des solutions d'hébergement provisoire pourront vous être proposées.

Contacts

À la mairie - Dominique Meyer

Tél : 07 62 39 91 92 - Email : dmeyer@latrinitesurmer.fr

Dr Anne Pénin

Tél : 06 09 74 66 15 - Email : dranne.penin@orange.fr

Site de la commune : www.la-trinite-sur-mer.fr

Lien vers la vidéo de la commune organisée pour le Généraliste Dating de Rennes en 2016 : <https://www.youtube.com/watch?v=DcXG-wzQus8>



Etel, station balnéaire de rêve en Morbihan sud (2100 habitants) avec port de plaisance offre toute facilité au médecin qui voudra remplacer un départ en retraite récent et un départ prochain de médecins locaux.



La commune dispose de tous services et commodités (cf. site internet).

Les locaux professionnels aux normes PMR pourront être partagés avec les autres professionnels para-médicaux.

Gratuité du local professionnel et du logement la première année.

Monsieur Guy HERCEND Maire
accueil@mairie-etel.fr - 02 97 55 35 19



La commune de LOGUIVY-PLOUGRAS (Côtes d'Armor)

Recherche 1 OU 2 MEDECINS GENERALISTES pour sa maison de santé

VOTRE INSTALLATION PROFESSIONNELLE ET FAMILIALE

Exercer en milieu rural, c'est nouer des relations de confiance, personnalisées et durables, avec vos patients.

Loguivy-Plougras est une commune facilement accessible, proche des centres urbains.

UNE MAISON DE SANTE

Afin de répondre à la demande de la population, la commune a décidé d'acheter l'ancien cabinet médical pour le transformer en maison de santé. Dès l'achèvement des travaux, prévu fin 2017, les deux infirmières et la kinésithérapeute déjà présentes sur la commune s'y installeront : une proximité d'un grand intérêt pour la prise en charge globale du patient ! Vous bénéficierez d'un loyer très modéré et d'un accès au réseau TTHD (fibre optique).

UNE PATIENTELE VARIEE

La maison de retraite de la commune, l'EHPAD Saint-Émilien, compte 23 lits. Prévention, soins primaires, urgences...vous exploiterez tous vos savoir-faire auprès d'une patientèle très variée !

AVANTAGES LIÉS À L'INSTALLATION

La reconnaissance de Loguivy-Plougras comme « zone prioritaire sur l'offre de soins de premier recours » par l'ARS Bretagne vous permettra, sous conditions, de bénéficier d'une prime à l'installation et d'exonérations fiscales et sociales pendant vos premières années d'activité.

LOGEMENT DE FONCTION

Un logement de fonction sera à votre disposition au premier étage de la maison de santé.

ACCESSIBILITE

À 5,5 km de la voie rapide Rennes-Brest (2 x 2 voies, gratuite) Loguivy-Plougras est située à une trentaine de kilomètres de Lannion, de Morlaix, de Guingamp, et à 64 km de Saint-Brieuc. L'aéroport de Brest-Guipavas est à 45 min. Le TGV Paris-Brest s'arrête plusieurs fois par jour à Plouaret (12 km).

Contact : Mairie de Loguivy-Plougras au 02 96 38 52 59 - Mail : mairieloguivyploguigras@wanadoo.fr



Saint Jacut de la Mer recherche pour l'automne 2017 un ou deux médecins généralistes pour reprise de clientèle.



Saint Jacut est une petite station balnéaire avec école, pharmacie, EHPAD et services de proximité. Une APS locale regroupe les médecins et professionnels de santé de Saint Jacut et 2 villes avoisinantes.

Saint Jacut se situe à 10 minutes du collège de Plancoët et 20 minutes du centre de Saint Malo, son bassin d'emploi, son hôpital et sa gare TGV. Cette installation conviendrait aussi parfaitement à deux temps partiels.

Renseignements auprès du Maire ou du DGS au 02 96 27 71 15



COMMUNE D'ESTILLAC (47310) de 2 000 habitants
à 5 km d'Agen et dans une agglomération proche de 100 000 habitants.



RECHERCHE UN OU DEUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Dans un local refait à neuf constitué de 3 cabinets, d'accueil et de pièces communes dans le centre bourg proche de tous les services publics. La commune en plein essor, témoin d'une réelle dynamique et ne disposant pas de médecin actuellement, a souhaité mettre tout en œuvre pour les accueillir avec des conditions idéales dans des locaux entièrement dédiés et disposant au besoin d'un logement neuf. La commune offre un cadre de vie agréable avec une

multitude de services et équipements (Crèche, Ecoles, Bibliothèque, de nombreux équipements sportifs, un marché hebdomadaire, une maison d'accueil temporaire pour personnes dépendantes, nombreuses associations...) Idéalement située à quelques minutes de l'autoroute A62 et disposant également d'un aéroport reliant PARIS 3 fois par jour.

Contact :

Karine FAGES - Mairie d'ESTILLAC - Directrice Générale des Services
05 53 67 80 36 - mairie@ville-estillac.fr



Communauté de Communes
**Terrassonnais
en Périgord Noir
Thenon Hautefort**



La Communauté de Communes du Terrassonnais en PERIGORD NOIR Thenon Hautefort recherche Médecins Généralistes et autres professionnels de santé

En plein cœur du Périgord Noir, au carrefour des autoroutes A20 et A89, à 2h de Bordeaux et 1h de Limoges, venez vous installer dans une région au cadre de vie agréable

Nous recherchons

- **Des médecins généralistes libéraux**
 - 2 cabinets vacants au sein de la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Hautefort qui regroupe un cabinet de 5 IDE un cabinet de kinésithérapeute avec bassin de rééducation un dentiste, une podologue, une psychologue et un ostéopathe • plusieurs cabinets vacants pour cause départ à la retraite dans des bourgs-centre et la ville-centre.
- **Des dentistes** pour cause de départ à la retraite dans un bourg-centre.
- **Des médecins spécialistes** dans la ville centre et/ou au sein de la Maison de Santé Pluridisciplinaire.

Contact : M. Bousquet - Président - Tél. : 05 53 50 96 12 - 06 85 66 55 81 - contact@ccctth.fr



La commune de MESSANGES (Landes) recherche **un médecin généraliste** à compter du 1^{er} octobre 2017 pour cause de cessation d'activité du médecin généraliste présent sur la commune. MESSANGES est un village d'environ 1000 habitants, au patrimoine naturel préservé et qui connaît une forte attractivité touristique de par sa façade littorale laquelle permet l'exercice d'activités nautiques en tout genre.

De par son développement touristique, la commune de MESSANGES voit sa population passer de 1000 à 16000 personnes en période estivale.

La municipalité souhaite favoriser l'installation du futur médecin généraliste en lui mettant à disposition un local communal.

A court terme, la municipalité a pour projet de réhabiliter son patrimoine bâti afin de créer prochainement un cabinet médical destiné aux professionnels de santé désireux de venir s'installer sur la commune.

Pour plus d'informations, veuillez contacter la mairie de MESSANGES par téléphone au **05 58 48 91 44** ou par mail : mairie.messanges.landes@orange.fr

MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Proche de la frontière Suisse, Foncine Le Haut compte plus de 1000 habitants et bénéficie d'une activité économique, industrielle et artisanale en développement.

Le tourisme occupe une place de choix, grâce aux saisons estivales (VTT, randonnées et proximité de lacs de montagne) et hivernales (stations de ski alpin et nordique sur le village) avec 1000 lits en hébergement touristique et résidentiel secondaire.

Nous vous proposons de vous installer dans le pôle santé communal.

Il s'agit d'un bâtiment intégralement réhabilité en 2011 et composé, au rez-de-chaussée, de cabinets médicaux et aux étages d'une structure accueillant 7 personnes âgées.

Les cabinets médicaux, d'une superficie d'environ 160 m² chacun, comprennent une salle d'attente et un secrétariat commun, 2 cabinets médicaux, 1 salle de soins, un local de radiologie et 5 salles d'activités paramédicales.

Actuellement, 2 médecins généralistes exercent dans ces locaux. Ils cesseront leur activité en fin d'année 2017.

Vous souhaitez nous rencontrer !

Pour tous renseignements, contacter la mairie

58 grande rue - 39460 FONCINE LE HAUT

03 84 51 90 77

mairie.foncinelehaut@wanadoo.fr

www.jura-foncine.com





Les Jonquilles

Clinique SSR & Nutrition situé en Seine Maritime (76)
à proximité immédiate de la mer recherche

Un Médecin Généraliste ou spécialisé (gériatrie) à temps plein en CDI/CDD (possibilité temps partiel)

L'établissement dispose de 74 lits de SSR dont 20 lits identifiés « affection des systèmes digestif, métabolique et endocrinien », et de 10 lits d'Hôpital de jour.

Principales missions

- Au sein d'une équipe de 4 médecins, vous participerez à la prise en charge quotidienne des patients hospitalisés dans le service.
- Participation à la prise en charge pluridisciplinaire (infirmières, aides-soignantes, psychologue, diététicienne, moniteur d'activités physiques, nutritionniste, etc.).
- Participations aux instances.

Conditions

- Statut salarié (cadre).
- CDI/CDD temps plein ou temps partiel, rémunération selon le profil.
- 7 semaines de congés payés.
- Participation au roulement d'astreintes (1 semaine toutes les 5 semaines).
- Possibilité de logement.

Profil

- Titulaire d'un DES de médecine générale.
- Ou Titulaire d'un DES de gériatrie.

Pour plus de renseignements, merci de prendre contact au 02 32 79 66 29 ou par mail - jmriera@jonquilles.fr



NORMANDIE



Centre de Rééducation Fonctionnelle de la HEVE situé au Havre en Haute-Normandie

Recrute en CDI à temps plein

Un médecin MPR (H/F) ou Médecin du Sport avec expérience MPR

Etablissement privé de 68 lits d'hospitalisation interne et 30 places d'hospitalisation de jour.

Le centre bénéficie d'un très bel environnement proche de la mer : www.heve.fr

L'équipe pluridisciplinaire composée de 3 Médecins MPR, 9 kinés, 2 EMS, 4 ergothérapeutes et d'une équipe de soins... prend en charge des patients de rééducation fonctionnelle polyvalente, orthopédie programmée, rhumatologie, neurologie, poly traumatologie et propose un programme d'éducation thérapeutique pour la lombalgie chronique ainsi qu'un programme de réentraînement à l'effort (obésité et diabète, fibromyalgie).

Profil :

Diplôme d'État de médecine spécialiste MPR.

Connaissance du codage PMSI, maîtrise de l'informatique et capacité de travail en équipe.

Rémunération : de 8000 à 9000 euros brut/mois selon diplôme et expérience (astreintes indues : 1 semaine sur 7).

Poste à pourvoir : CDI à temps plein (statut cadre) à compter de septembre 2017.

Merci de nous faire parvenir votre CV et vos motivations par mail : cdubois@heve.fr



Recrutement de DEUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES sur la commune de Chécy (45)

Le cabinet médical, situé près d'une pharmacie, est composé d'une équipe pluridisciplinaire (trois médecins, deux infirmières, un orthophoniste, un pédicure/podologue) qui attire une patientèle nombreuse et variée avec parkings et arrêt d'une ligne de bus juste devant.

La commune de Chécy, de 9000 habitants environ, propose de nombreuses prestations pour les enfants (crèche, multi-accueil, centre de loisirs, écoles maternelles, primaires, collège, lycée à moins de 5 km) et pour les personnes âgées (Ehpad, portage de repas, transport etc), dans un environnement ville/campagne, calme et agréable, du fait du cachet de son centre-ville et de sa proximité avec le canal, la Loire et des parcours sportifs et éducatifs qui favorisent les activités de pleine air.

Cette ville tranquille est néanmoins très dynamique du fait

- De la présence :
- De ses équipements sportifs ou de tourisme (centre aquatique, gymnase, stade, camping, gîte, etc.).
- D'un tissu associatif important sur de multiples domaines.
- De nombreux commerces (boulangers, superettes, marchés, agence immobilière, restauration rapide, restaurant, café, etc.).
- D'un grand parc d'activités commerciales en plein développement situé à sa périphérie.
- De l'organisation de nombreuses manifestations et animations culturelles notamment grâce à sa salle de spectacles de 600 places (Espace George Sand).

L'équipe municipale a également à cœur d'informer ses habitants sur les projets à venir (logements, prestations de services, aménagements, etc.) et organise régulièrement des temps d'échange sous la forme de débats thématiques.

L'équipe municipale est prête pour un échange avec les candidats sur un appui relatif à des aides logistiques pour faciliter l'installation. Un groupement d'employeurs est à l'étude pour la simplification des démarches.

La ville de Chécy est facile d'accès et de déplacement grâce à sa situation géographique qui la place à proximité d'Orléans (10 km), d'un axe routier reliant différentes autoroutes et avec Paris/Tours à 1 heure.

Contact :

Marie-Odile Pellé-Printanier
Adjointe au Maire de Chécy
cabinetdumaire@checy.fr
Tél. : 02 38 46 60 75



CENTRE-VAL DE LOIRE



Le village de Cervione recherche un médecin généraliste à l'année.



La municipalité mettra à sa disposition un local en vue d'y installer son cabinet, durant les premiers mois d'exercice. Elle l'accompagnera également dans la recherche d'un hébergement.

Le village de Cervione se situe en Costa Verde, à 50km au sud de Bastia, région rurale au cœur des châtaigniers.

Village typique de Corse, perché sur la montagne, avec une vue splendide sur une partie de la Costa Verde et sur la mer (5 KM), lui vaut le titre de balcon sur la mer. Entre mer et montagne, sa situation lui permet d'allier nature, sport et qualité de vie et qui participe à un climat social harmonieux. Également connu pour son fruit de grande qualité, la noisette de Cervione « qui bénéficie d'une IGP », est mise en valeur chaque année lors des deux journées « destination noisette ».

Fort de ses 2000 habitants, le village est en développement constant avec une démographie croissante, de nombreux commerces, des établissements scolaires de la crèche au collège, un centre de secours, une gendarmerie, ainsi que de nombreux pôles culturels dont un musée ethnographique et une cathédrale classée monument historique.

Contact : Rue Philippe PESCETTI 20221 CERVIONE - Tél. : 04 95 38 10 28 - Fax : 04 95 38 18 06 - commune.cervione@wanadoo.fr

CORSE



Centre Municipal de Santé de Coron (49)

La Commune de Coron recrute **1 Médecin Généraliste** STATUT SALARIE à compter de septembre 2017 pour son Centre Municipal de Santé en fort développement.

La commune Coron est une commune de 1600 habitants située à 15 min de Cholet, 45min d'Angers et 1h de Nantes.

La commune offre une qualité de vie compatible avec la vie familiale : commerces de proximité, assistantes maternelles, école maternelle et primaire, collège et lycée à 2 km, accueil de loisirs, nombreuses associations culturelles et sportives, artisanat, 15 min de l'autoroute A87 ...

Services de santé : 2 médecins généralistes salariés au sein de Centre Municipal de Santé, 1 pharmacie, 1 dentiste, des infirmières, 1 service d'ambulance.

Pourquoi un STATUT SALARIE ?

Nous souhaitons avant tout pour nos médecins un CONFORT DE VIE : des amplitudes de travail maîtrisées, pas d'investissement de départ, pas d'immobilier à gérer, pas de tâches administratives. Nos médecins se concentrent sur ce qui a motivé leur choix de carrière : ACCOMPAGNER ET SOIGNER LEURS PATIENTS. Rémunération selon grille fonction publique hospitalière.

Le Centre Municipal de Santé Coronais compte actuellement dans ses effectifs salariés : 2 médecins généralistes et 1 secrétaire médicale à temps plein.

Nos médecins interviennent également au sein de l'EHPAD local de 110 lits et 2 autres EHPAD voisins situés à 2 km. Un projet de construction d'un centre municipal de santé pluridisciplinaire est en étude.

Nous faisons face à une forte augmentation de demandes de nouveaux patients depuis quelques mois et recherchons un Médecin Généraliste Homme ou Femme à temps complet ou partiel à partir de septembre 2017.

Contact

Candidature à envoyer à l'attention de Monsieur le Maire - Centre Municipal de Santé Coronais - 1 rue des Noisetiers - 49690 CORON

Contact secrétariat général Mairie : Claire MARQUET - 02 41 55 81 89 - cmarquet.coron@orange.fr

Centre Municipal de Santé Coronais : 02 41 55 81 72 - cms-coron@orange.fr



Joué sur Erdre

RECHERCHE
MEDECIN GENERALISTE



Pour tous renseignements,
s'adresser à Mairie de Joué-sur-Erdre
02 40 72 35 43
ou mairiejouesurerdre@wanadoo.fr

Site internet de la commune : www.jouesurerdre.fr

La Commune de Joué-sur-Erdre en Loire-Atlantique, Communauté de Communes du Pays d'Ancenis recherche un **médecin généraliste** pour rejoindre l'équipe du cabinet médical pluridisciplinaire composé d'un médecin, d'infirmiers, de kinésithérapeutes, ostéopathe.

Un local professionnel moderne et fonctionnel sera mis à votre disposition par la commune et un studio à l'étage est disponible.
Une salle d'attente par médecin.
EPADH.

Joué-sur-Erdre est une commune de 2 500 habitants située à 28 km de Nantes.
Une évolution démographique soutenue : + 20% entre 2006 et 2012.



La commune de Sion-les-Mines (1650 habitants)
Recherche

Un ou deux médecins généralistes
(à partir de septembre/octobre)
pour une installation dans un local communal



A dix minutes de la nationale 137, la commune se situe dans le bassin de vie de Derval (10 km) à proximité de Châteaubriant, entre les deux agglomérations de Rennes et Nantes et à un quart d'heure de Bain de Bretagne et Le Grand Fougeray. Les centres hospitaliers de Châteaubriant, Rennes et Nantes se situent respectivement à 20 minutes, 45 minutes et 1 heure.

Nous vous proposons de vous installer dans un environnement de qualité, avec différents commerces et artisans (boulangerie, supérette, bar-tabac, coiffeur, crêperie...) et des associations très impliquées dans l'animation de la commune.

Sion-les-Mines dispose également de nombreux chemins de randonnée, cours d'eau, forêts...

Les Sionnais bénéficient de plusieurs services à la population : SSIAD, AMD, ADMR, caserne de pompiers, pharmacie, cabinet d'infirmier à côté du cabinet médical, deux écoles pour environ 200 enfants, assistantes maternelles, un centre d'accueil de loisirs, accueil périscolaire jusqu'à 11 ans, transports scolaires pour desservir collèges et lycées.

Contact : Mairie de Sion-les-Mines - 02 40 28 95 21 - info@mairie-sionlesmines.fr - <http://www.mairie-sionlesmines.fr>



Située au cœur du vignoble nantais, à 30 minutes de la métropole nantaise,

LA COMMUNE DE MOUZILLON

forte de 2766 habitants, est marquée par un réel dynamisme démographique qui voit s'équilibrer une population jeune et population d'anciens qui tous bénéficient d'une grande activité associative.

En septembre 2016, un pôle santé a été ouvert regroupant trois kinésithérapeutes, deux orthophonistes, une podologue, deux infirmières, une psychologue clinicienne et un médecin généraliste.

A ce jour il reste un bureau libre (19 m²) qui pourrait être occupé par un

deuxième médecin généraliste

pour répondre à une demande croissante et pour assurer une continuité sereine des soins à la population.



Ce local est propriété de la commune qui est disposée à le louer (315 € ttc), les charges estimées pour le collectif sont de 97 €/mois.

Madame Dudouit Catherine
Directrice générale des services
sgm@mairie-mouzillon.fr
02 40 33 93 26



PÔLE SANTÉ
du Saosnois

MÉDECINS ET FUTURS MÉDECINS

la liberté d'une installation réussie c'est
DANS LE MAINE SAOSNOIS (MAMERS 72)

Dans votre propre cabinet ou au sein de la future maison de santé (livraison octobre 2017) rejoignez une équipe de professionnels dynamique, diversifiée, fédérée : médecins, pharmaciens, radiologue, dentistes, infirmières, orthophonistes, kinésithérapeutes, sage-femme, laboratoire d'analyses

Avec sur place un hôpital, un SMUR...
et une maison médicale de garde !

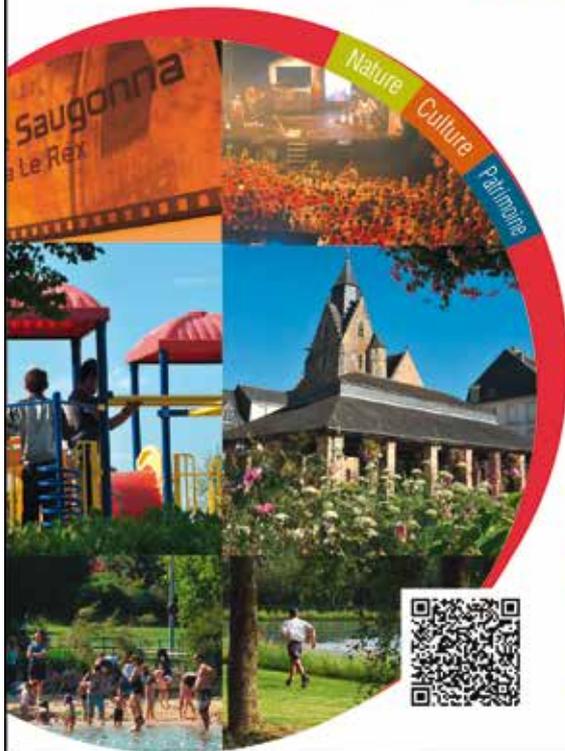
Avantage + : pas d'impôt pendant 5 ans

Un confort de vie assuré !

Service + : un accompagnement personnalisé pour le travail de votre conjoint.



Contact :
Communauté
de communes
Maine Saosnois
Pascale Cheret
Tél : 02 43 97 25 31
Mail : p.cheret@cdcsaosnois.fr



Centre Hospitalier
Montfavet (Avignon)



Le Centre Hospitalier de Montfavet à AVIGNON

Etablissement public de santé dont la mission est de dispenser des soins en santé mentale à la population de l'ensemble du département de Vaucluse (hors canton de Pertuis) et du nord des Bouches-du-Rhône, soit environ 600 000 habitants.

RECHERCHE

UN ASSISTANT GÉNÉRALISTE

Temps plein ou à 50 % (PC ou PHTP) pour renforcer les équipes existantes
Poste pouvant être occupé par un assistant généraliste.

Interlocuteurs :

Service des Affaires Médicales
Chantal LAURENS DAVESNE - Tél. : 04 90 03 90 05
Emmanuelle FRANÇOIS - Tél. : 04 90 03 90 03

Président de la CME - Docteur PICARD
Tél. : 04 90 03 90 88 (lundi, mercredi et vendredi matin)

Envoi CV et lettre de candidature

Soit par e-mail : chantal.laurens@ch-montfavet.fr

Soit à l'adresse postale suivante :
CH de Montfavet - Avenue de la pinède
CS 20107 - 84918 AVIGNON cedex 9





La Communauté de communes Ardenne Rives de Meuse est, aujourd'hui,
à la recherche de **médecins généralistes et spécialistes**

Vous avez à disposition un large choix de services et de loisirs de qualité : accueil de la petite enfance, cursus scolaire complet de la maternelle au lycée, sports et loisirs nautiques et cyclistes, position géographique au cœur de l'Europe (1h30 de Reims, du Luxembourg et de Bruxelles et 3h30 de Francfort et Paris). Ainsi que de nombreuses perspectives d'installation au sein de cabinets locaux avec des loyers attractifs et des solutions dans le privé.

La Communauté a mis en place, à cet effet, un « guichet unique » avec un référent personnalisé, pour vous accompagner dans toutes vos démarches professionnelles et personnelles, qui ont pour but de faciliter votre future installation.

La présence d'un Hôpital dans la commune de FUMAY vient renforcer l'éventail local de services en matière de soins.

Si vous êtes intéressé et pour tout renseignement,
n'hésitez pas à contacter notre guichet unique Installation Santé :
Mail : guichet-unique.sante@orange.fr
Tél. : 03 24 27 28 16



L'ASAME est une association regroupant plus de 300 professionnels issus des domaines du soin, de l'aide à domicile et de la petite enfance. Experte dans la gestion et l'organisation des Centres de Santé avec 16 Centres de Santé en activité, l'ASAME poursuit son développement et **recrute :**

MÉDECINS GÉNÉRALISTE SALARIÉS (H/F)

Temps plein ou temps partiel à convenir

Pour ses futurs Centres Médicaux de Santé situés en région Sud Alsace
En milieu rural ou en milieu urbain

Alternant consultations sur rendez-vous et consultations libres, vous êtes épaulé par une secrétaire médicale en charge de la prise de rendez-vous, de la gestion administrative et de la facturation.

Que vous soyez expérimenté(e) ou récemment diplômé(e), n'hésitez pas à nous contacter pour en savoir plus sur nos postes à pourvoir !

Envoyez votre candidature à : Melle Alice THOREZ - Responsable RH de l'ASAME
par mail a.thorez@asame.fr ou par courrier 4, rue des Castors 68200 MULHOUSE
Vous pouvez également nous joindre par téléphone au 03 89 60 24 24

Pour plus de renseignements sur notre association, n'hésitez pas à consulter
notre site internet www.asame.fr



Minzier, commune de 1000 habitants en pleine évolution, située en Haute-Savoie, proche de Genève, recherche **un médecin généraliste** pour travailler dans un cadre agréable.

Vous serez accompagné par la municipalité, mise à disposition d'un local.

Possibilité de logement personnel sur la commune.



Renseignements complémentaires
au 04 50 60 41 54 ou mairieminzier@wanadoo.fr



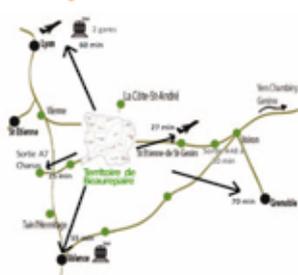
LA MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE DU TERRITOIRE DE BEAUREPAIRE

Un espace de travail pour répondre à vos besoins 1673 m² - 15 professionnels de santé + 4 spécialistes fédérés autour d'un projet de soins



RECHERCHE MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Son positionnement



- 15 527 habitants, population en hausse depuis 1999 avec un nombre important de familles.
- Zone de chalandise : 27 000 hab.

Son organisation

Plusieurs volumes qui permettent d'identifier les 4 pôles de santé (Médecine générale - 4 médecins et 6 infirmières, Laboratoire de biologie médicale, Paramédical - 2 podologues, 1 ostéopathe, 1 local libre - et 1 Audioprothésiste). A l'étage, salle de réunion, 3 studios meublés... Chaque professionnel de santé peut être soit locataire soit propriétaire.

Contact

Si notre projet vous intéresse, nous sommes à votre disposition pour vous renseigner :

- M. BAVUZ - Biologiste

Président de l'association des professionnels de santé
06 13 45 91 71

- M. NUCCI

Président de la Communauté de Communes du Territoire de Beaurepaire
06 86 05 39 46



La municipalité de Feigères dans sa volonté de services à la population a créé un pôle médical de 225 m².

Feigères, au cœur du bassin genevois et à proximité de Genève bénéficie d'une augmentation constante de sa population.

Notre pôle médical est composé de 4 cellules ERP : Médecine, Maïeutique, Kinésithérapie et Ostéopathie.

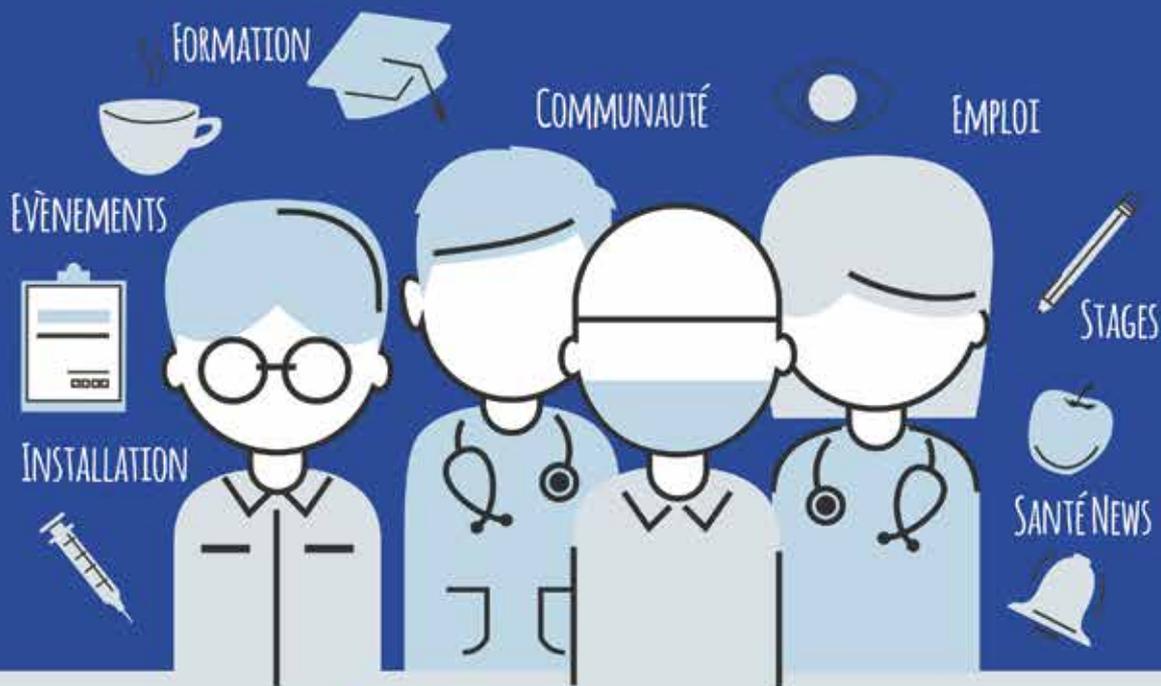
L'espace médecine de 60m² est composé de deux locaux et d'une salle d'attente commune.

Un médecin généraliste est actuellement en place.

L'autre cabinet est prêt à la location : neuf, en RDC et équipé de son mobilier (bureau, table d'auscultation, etc.). Ce cabinet conviendra parfaitement à un professionnel désirant débiter sa carrière dans les meilleures conditions.

Pour tous renseignements ou rendez-vous,
merci de nous contacter
par courriel mairie@feigeres74.fr
ou par téléphone 04 50 49 24 60





Réseau PRO Santé

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



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE



☎ 01 53 09 90 05

✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

