



INTERNES

L'ANNÉE S'ANNONCE BIEN!



* Voir conditions en agence.

lamedicale.fr



YouTube

La Médicale de France, entreprise régie par le Code des assurances. Société anonyme d'assurances au capital de 2 783 532 € entièrement libéré. 582 068 698 RCS PARIS. Siège social : 50-56, rue de la Procession 75015 PARIS. Adresse de correspondance : 3, rue Saint Vincent de Paul 75499 PARIS Cedex 10.

Les garanties Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie sont assurées par Predica, S.A. au capital de 1 029 934 935 €, entreprise régie par le Code des assurances, siège social 50-56 rue de la Procession, 75015 Paris - 334 028 123 RCS Paris. Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par Mondial Assistance et assurées par Fragonard Assurances, S.A. au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Paris, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est 2 rue Fragonard, 75017 Paris. Les dispositions complètes du contrat figurent dans la notice d'information.

Document à caractère publicitaire, simplifié et non contractuel achevé de rédiger en juin 2018. 109 L'AGENCE - Illustration GABS - AFGA4882

SOMMAIRE

EDITORIAL

P. 05

ACTUALITÉS

P. 06/15

Négociations conventionnelles

Convention médicale :

Quelles marges de manœuvre dans l'application des projets du gouvernement ?

Assistants médicaux :

Un projet gouvernemental qui ne répond pas aux attentes des médecins

Dossier : Accès à l'IVG

Polémique du Docteur De Rochembeau

Accès à l'IVG : Les jeunes médecins généralistes prêts à participer à une réponse médicale sur tout le territoire

Réponse aux propos du Dr Bertrand De Rochembeau sur l'IVG

IVG médicamenteuse en médecine générale

Pourquoi se former aux IVG en médecine générale

La pratique de l'Interruption Médicamenteuse de Grossesse en Médecine Générale

EXERCICE PROFESSIONNEL

P. 16/46

Création d'un pôle de santé pour lutter contre la désertification

Soins somatiques et psychiatrie :

Comment améliorer la coordination des soins au bénéfice des patient.e.s ?

La prescription médicale d'activité physique adaptée :

Connaissances et besoins des médecins généralistes d'Ile-de-France

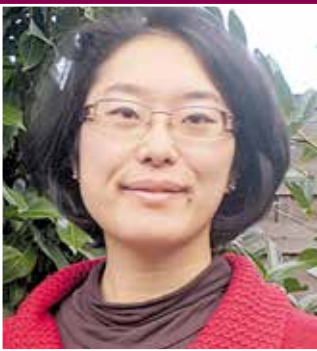
Etude des signes cliniques associés au diagnostic d'infection urinaire dans un contexte d'examen cytbactériologique des urines positif chez les sujets âgés de plus de 75 ans en médecine ambulatoire à Paris

Les firmes pharmaceutiques et les médecins : Une histoire de corruption

ANNONCES DE RECRUTEMENT

P. 49/55





Bonjour à tou(te)s,

Ce début d'année est marqué par le début de la négociation conventionnelle de mise en application d'un des projets du plan santé 2022 : à savoir, aider, grâce à des assistants médicaux, les médecins qui en font la demande. L'autre volet de ce plan est la négociation pour les CPTS (Communauté Professionnelle territoriale de Santé). Nous restons vigilants sur le fait que les assistants médicaux ne soient pas des emplois non pérennes mais une aide réelle pour retrouver plus de temps médical pour le médecin et exercer avec une meilleure qualité pour les patients et le médecin.

Avec les différents syndicats jeunes et le CNOM, une enquête de grande envergure a été lancée de janvier à fin février par les canaux de l'ordre et les réseaux sociaux afin d'avoir des données importantes pour affiner mieux les déterminants à l'installation et les attentes de chacun(e)s. N'oubliez pas d'y participer, c'est important !)

Des moments de "casse tête" sont mis en place pour pouvoir échanger, discuter afin d'élaborer des réflexions et des positionnements pour le syndicat notamment l'écologie en médecine. D'autres échanges vont être mis en place, n'hésitez pas à y participer !

Les ateliers d'aide à la thèse de février ont eu un franc succès ainsi que l'accompagnement par des sympathisants du SNJMG qui ont pu aider à la soutenance cette année de 2 internes. Nous espérons développer cette aide pour que la thèse ne soit plus un mauvais moment pour certain.

Le 15 et 16 mars auront lieu les assises avec comme nouveauté le vendredi des formations éligible à l'indemnisation DPC sur l'IVG médicamenteuses très pragmatique et sur les addictions, état compulsif et état de stress en psychiatrie. Bien sûr les participants ne demandant pas les indemnisations sont les bienvenues sur inscription obligatoire.

Le samedi sera autour de la psychiatrie et d'autres débats d'actualité.

Vous trouverez plus de détail sur le site du SNJMG !)

J'espère que la période d'hiver n'est pas trop rude, merci à tous pour vos engagements respectifs auprès de vos patients. Pensez à garder du temps pour vous poser pour réfléchir et prenez bien soin de vous car nous sommes des médecins mais pas des surhumains.

Au plaisir de vous croiser au décours des assises et formations !

Dr Sayaka OGUCHI

Organigramme du
SNJMG

Présidente : Sayaka OGUCHI
Vice-Président : Benoît BLAES
Secrétaire Générale / Chargée de missions Internes : Francesca STELLA
Trésorière : Aysun EKEN OLCAY
Chargée de missions Formations Thèses : Aurélie TOMEZZOLI
Chargé de missions Webmaster : David AZERAD
Chargé de missions Community Manager : Pierre MARTIN

Chargé de missions Privés de Thèse : Arnaud DELOIRE
Chargée de missions remplaçants : Lucile BLANCHARD
Chargé de mission en psychiatrie : Florian PORTA BONETE
Chargé de missions remplaçants : Thomas LE BERRE
Chargé de mission en psychiatrie : Julien ARON
Chargé de missions Partenariats : Procope PANAGOULIAS
Secrétaire Administrative et Commerciale : Frédérique JACQUART

N°ISSN : 1243-3403
N° de commission paritaire : 74148

Régie publicitaire :

Reseauprosante.fr
 6, avenue de Choisy | 75013 Paris | M. TABTAB Kamel, Directeur
 Tél : 01 53 09 90 05 | contact@reseauprosante.fr | reseauprosante.fr

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.

Négociations conventionnelles

Convention médicale : Quelles marges de manœuvre dans l'application des projets du gouvernement ?

Les négociations entre les syndicats des différentes professions de santé et l'Assurance maladie débutent ce mercredi 16 janvier 2019 en vue de la conclusion d'un accord conventionnel interprofessionnel sur le développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), et le jeudi 24 janvier sur les assistants médicaux.

Le Syndicat National des jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a pris connaissance des lettres de cadrage de la ministre de la Santé et de l'Union Nationale des Caisses Maladie (UNCAM) et en déduit que les marges de manœuvre pour cette négociation s'annoncent bien étroites.

Concernant les CPTS (1), la ministre prévoit déjà d'intervenir si un accord n'est pas trouvé d'ici fin avril 2019. Et cet accord qui se fixe comme objectif de mettre fin à « l'exercice isolé » est bien dessiné par la ministre et précisé par l'Assurance Maladie. Selon un article de Solveig Godeluck publié le 09 janvier 2019 dans Les Echos, « le gouvernement a prévu de moduler la rémunération des professionnels de santé afin de les inciter à abandonner l'exercice isolé. A ce stade, l'objectif de l'Assurance maladie est de créer un bonus, mais aussi un malus ».

Syndicat indépendant d'internes, remplaçants et jeunes installés (ou salariés) en Médecine Générale, le SNJMG est favorable à la création de CPTS car elles fournissent un cadre institutionnel officiel pour les regroupements inter professionnels sur des objectifs partagés de santé communautaires. Mais, fidèle à la défense d'une Médecine Générale pluraliste dans ces modes d'organisation (chaque mode d'organisation a des avantages et des inconvénients et la pluralité d'exercice est indispensable dans la santé du fait de la complexité de ce domaine non standard par

définition), le SNJMG condamne tout système unique d'exercice sanctionnant celles et ceux qui ne veulent pas s'y soumettre.

Comme il avait combattu les contrats solidarité-santé de la loi HPST en 2009 (2), le SNJMG s'opposera à tout principe de bonus/malus quant à la mise en place des CPTS. De même, il se déclare favorable à tout processus d'amélioration de la relation ville-hôpital et à toute politique de développement de la prévention, que se soit via les CPTS ou en dehors. Enfin, le SNJMG soutiendra toute aide pérenne à la constitution et au fonctionnement des CPTS et s'oppose par avance à toute mesure à durée déterminée, non renouvelable.

Sayaka OGUCHI

presidente@snjmg.org - 07 61 99 39 22

(1) : Issues de la loi Touraine, les CPTS sont explicitement censées coordonner les professionnels entre eux autour d'un projet de santé et, implicitement, soulager l'hôpital de certains soins non-programmés.

(2) : La loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) de 2009 prévoyait la création de contrats solidarité-santé pour répondre aux difficultés de démographie médicale. Ces contrats stipulaient que les médecins des zones sur-dotées auraient obligation, à compter de 2012, d'assister leurs collègues des zones sous-dotées. A défaut d'une telle assistance, ils auraient été astreints au versement d'une contribution de solidarité pouvant aller jusqu'au montant du plafond de la Sécurité sociale, destinée à financer des mesures d'incitation à l'installation dans les zones sous-dotées. La suppression de ces contrats étaient l'une des revendications du mouvement de contestation des médecins généraliste de 2010 (NB : le SNJMG était la seule organisation de futurs et jeunes médecins à participer à ce mouvement). Suite au succès de ce mouvement, Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, annonçait le 25 juin 2010 l'abandon de ces contrats.

Assistants médicaux : Un projet gouvernemental qui ne répond pas aux attentes des médecins

Le 24 janvier 2019, les partenaires conventionnels ouvrent un cycle de négociation en vue d'un avenant encadrant la création de 4000 assistants médicaux, conformément aux annonces gouvernementales du plan Santé 2022.

Dans sa lettre de cadrage en vue de ces négociations, la ministre de la Santé a précisé les différentes conditions demandées aux médecins pour qu'ils bénéficient d'une aide à l'embauche d'assistants médicaux : « *l'exercice en cabinet de groupe, l'inscription dans un exercice coordonné, l'engagement d'un bénéfice mesurable pour la population en matière d'accès aux soins et l'exercice médical en secteur 1 ou OPTAM* ». Mme Agnès Buzyn a également estimé nécessaire que l'aide financière soit « *dégressive* » (NB : une limitation dans le temps avait été auparavant évoquée : 2 ans).

Ces conditions ne conviennent pas au Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) :

Il est très surprenant qu'il n'y ait aucune condition explicite sur le lieu d'installation pour une mesure censée participer à la résolution des problèmes de démographie médicale. D'autant plus que le gouvernement n'annonce, pour l'instant, que la création de 4000 assistants, soit environ 1 assistant pour 25 médecins libéraux : s'il doit y en avoir aussi peu, autant privilégier les médecins exerçant en zones déficitaires...

Il est particulièrement troublant que les médecins en exercice isolé - théoriquement les plus intéressés par toute aide à leur exercice - en soient exclu. Et ce n'est pas la petite ouverture faite par l'Assurance Maladie (1) qui modifie significativement le projet gouvernemental...

Par ailleurs, comment justifier la dégressivité et la durée limitée d'une mesure censée renforcer la pérennité d'une activité médicale ?

La réponse à ces questionnements se trouve peut-être dans le profil de ces assistants médicaux. Alors que le SNJMG avait plaidé pour une variété de métiers correspondant à des formations précises et reconnues et à des missions clairement

définies permettant aux médecins de mieux répondre à la prise en charge médico-sociale des patients (2), le gouvernement propose des "petites mains" pouvant aussi bien collecter des données cliniques, gérer du matériel médical, effectuer un travail de secrétariat...

L'objectif du gouvernement semble bien explicité par l'Assurance Maladie qu'il a chargé de négocier avec les syndicats médicaux : la mesure doit permettre aux médecins d'« *augmenter leur patientèle* », en générant un « *volume d'actes supplémentaires (par rapport à l'historique)* » et en procédant à « *l'élargissement des horaires de consultation* », notamment en première partie de soirée et en fin de semaine.

Pour résumer, les médecins, et notamment les jeunes médecins généralistes du SNJMG, demandent de mieux travailler en interaction avec différents professionnels, sociaux ou de santé, et de privilégier les médecins en zones déficitaires (notamment ceux en exercice isolé) mais l'Assurance Maladie, à la demande du gouvernement, propose à quelques cabinets de groupe, des "petits boulots" (sous forme de contrats aidés en CDD) destinés à pousser les médecins à travailler plus...

Le SNJMG dont l'une des missions fondatrices est de lutter contre la course à l'acte et qui s'est positionné contre les "bullshits jobs" (emplois précaires non valorisés) rejette donc le projet d'assistants médicaux tel qu'il est annoncé par le gouvernement et l'Assurance Maladie.

(1) : L'UNCAM propose que dans les zones sous-denses, les généralistes ou spécialistes « en exercice isolé » puissent aussi bénéficier de ces recrutements d'assistants médicaux « *sous réserve qu'ils s'engagent à adhérer à horizon proche (2 ans) à un dispositif d'exercice coordonné (avec remboursement si l'obligation n'est pas respectée)* ».

(2) : Cf. notre communiqué de presse sur le plan santé 2022.

Dossier : Accès à l'IVG

Polémique du Docteur De Rochambeau

Accès à l'IVG : Les jeunes médecins généralistes prêts à participer à une réponse médicale sur tout le territoire

Le SNJMG (1), syndicat indépendant des internes, remplaçants et jeunes installés (ou salariés) en Médecine Générale, avait réagi très rapidement (2) aux propos sur l'IVG du Dr De Rochambeau, président du SYNGOF (3), repris dans l'émission "Quotidien" diffusée le 11 septembre 2018 sur "TMC".

Mais suite à différentes déclarations du Dr De Rochambeau en son nom personnel et au nom du SYNGOF (que le SNJMG avaient retranscrites en post-scriptum de son communiqué de presse), la polémique semblait en grande partie vidée de sa substance : le SYNGOF se désolidarisait des propos du Dr De Rochambeau et réaffirmait le droit à l'IVG alors que le Dr De Rochambeau précisait qu'il s'était exprimé à titre personnel et qu'en tant que président du SYNGOF, il rappelait, explicitement, le cadre légal de la clause de conscience et il soutenait, implicitement, ce droit à l'IVG, en ne portant aucun jugement moral sur les femmes concernées.

Mais, le 27 septembre 2018, le Conseil d'Administration du SYNGOF renouvelait "sa confiance" à son président, le Dr De Rochambeau (4). Quelle volte-face pour ce syndicat qui s'était publiquement désolidarisé des propos tenus par son président !

Et le 1^{er} octobre 2018, sur "Public Sénat" (5), le Dr De Rochambeau déclarait, en tant que président du SYNGOF invité à s'exprimer dans l'émission "Sénat 360" : "Les médecins qui seraient contraints, parce qu'on n'admettrait pas leur clause de conscience, ont un grand risque

de maltraiter les patientes qui ont besoin d'être aidées". Voilà donc un président de syndicat médical qui évoque le risque de maltraitance des patientes si les médecins consultés sont contraints de respecter les droits de celles-ci !

Le SNJMG qui considère l'IVG comme un droit à faire respecter dans les meilleures conditions s'alarme de telles prises de position, surtout dans un contexte mondial de remise en question de ce droit. Pour assurer ce droit partout en France, le SNJMG émet une série de propositions concernant l'information des femmes, la formation des médecins et la valorisation des actes d'IVG :

- ④ Établissement d'une carte officielle établie par la DGOS et régulièrement mise à jour, recensant tous praticiens pratiquants des IVG (médicamenteuses et chirurgicales).
- ④ Inclusion dans cette liste des gynécologues (médicaux et obstétriciens) pratiquant les IVG mais aussi des médecins généralistes y participant (notamment pour les IVG médicamenteuses).
- ④ Large médiatisation de cette carte auprès des patientes.
- ④ Renforcement des items d'orthogénie dans le programme du deuxième cycle des études médicales.

- Création d'une formation spécialisée transversale (FST) d'orthogénie commune au troisième cycle des gynécologues obstétriciens, des gynécologues médicaux et des médecins généralistes.
- Renforcement de l'orthogénie dans la formation continue (offre de diplômes universitaires - DU et DIU - et thème prioritaire de Développement Professionnel Continu - DPC).
- Revalorisations tarifaires des actes d'IVG médicamenteuses et chirurgicales.

(1) : Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

(2) : Communiqué du SNJMG (12 septembre 2018)

(3) : Syndicat des Gynécologues Obstétriciens de France

(4) : Communiqué du SYNGOF (28 septembre 2018)

(5) : Emission "Sénat 360" (01 octobre 2018)

Le SNJMG se déclare disponible auprès du ministère de la Santé pour participer aux débats avec les organisations de médecins ou de patientes concernés préalables à la mise en place de telles mesures.

Sayaka OGUCHI

presidente@snjmg.org - 07 61 99 39 22

Réponse aux propos du Dr Bertrand De Rochambeau sur l'IVG



Une association de soignant·e·s contre le sexisme médical

12 septembre 2018 · by LSK · in Actualités, Non classé, Paroles de meufs

Quand un représentant des gynécologues-obstétricien·ne·s tient des propos anti-IVG, c'est l'autonomie des femmes qui est menacée.

L'émission **Quotidien** diffusée le 11 septembre 2018 sur TMC proposait un court reportage sur l'hôpital de Bailleul dans la Sarthe où les avortements ne sont plus pratiqués depuis janvier 2018 car les praticiens en exercice dans cet établissement font valoir leur clause de conscience. A ce sujet, la journaliste Valentine Oberti a **interrogé Bertrand De Rochambeau**, gynécologue-obstétricien à Marne-la-Vallée et président du SYNGOF, qui ne pratique plus d'IVG. Le Dr De Rochambeau déclare pendant l'interview que "nous (les gynécologues-obstétriciens) ne sommes pas là pour retirer des vies" et lorsque la journaliste explique qu'"un enfant à naître n'est pas une vie [...] (et qu')une IVG n'est pas un homicide" il répond que "si".

Bertrand De Rochambeau est président d'un syndicat de gynécologue-obstétricien·ne·s regroupant 1600 adhérent·e·s et par conséquent représentant de sa profession. Il porte une lourde responsabilité en tenant de tels propos publiquement. Il ancre l'idée que l'IVG est un geste grave, voire criminel, et perpétue ainsi une culture du traumatisme obligatoire qui va à l'encontre des modifications législatives récentes : la suppression de la notion de détresse et du délai de réflexion. Ses propos relèvent d'un discours de culpabilisation des femmes et de personnification de l'embryon ou du fœtus qui ne correspond pas à la loi et au code Pénal, et sont à l'opposé d'une réalité très simple : **33 % de femmes françaises avortent au moins une fois dans leur vie.**



L'avortement est une pratique fréquente, qui a toute sa place dans la vie des femmes et qui ne doit pas être entravée par des discours réactionnaires. La position de Bertrand De Rochambeau s'inscrit dans un combat contre l'autonomie des femmes et qui néglige leur santé. Le fait qu'il soit représentant syndical est particulièrement inquiétant.

En effet, l'exercice de la clause de conscience met en péril l'accès à l'IVG pour les femmes comme l'a récemment montré **le cas de l'hôpital de Bailleul dans la Sarthe**. Le métier de gynécologue-obstétricien-ne consiste notamment à aider les femmes pour la gestion de leur fertilité à tout moment de leur vie ; l'IVG fait donc partie intégrante de leur activité. Nos confrères et consœurs ne devraient plus pouvoir s'offrir le luxe de dénier ce droit fondamental aux femmes qu'ils suivent et accompagnent dans leurs projets de vie. Les médecins choisissent librement leur spécialité médicale ; un médecin ne souhaitant pas pratiquer d'IVG ne devrait pas devenir gynécologue et exercer son métier « à la carte ». Il existe de nombreuses autres spécialités dont les champs de compétences n'impliquent pas la réalisation d'IVG.

Nous demandons ainsi la suppression de l'**article L2212-8** du Code de la santé publique qui régit la clause de conscience spécifique à l'IVG pour les professionnel-le-s de santé.

Nous rappelons que cette clause n'existe pas en France pour les pharmacien·nes qui sont tenu·es de délivrer des médicaments abortifs quelles que soient leurs convictions personnelles. Elle a également été abolie dans plusieurs pays européens (Suède, Finlande, Islande). En 2017, le Haut Conseil à l'Égalité a aussi formulé dans **ses recommandations** sur l'accès à l'IVG la suppression de la double clause de conscience. Enfin, la possibilité de recours à la "clause de conscience" est déjà accordée de manière générale aux médecins pour l'ensemble des actes médicaux hors cas d'urgence par l'**article R4127-47** du Code de la santé publique (article 47 du Code de déontologie médicale).

En tant que soignant·e-s féministes nous réaffirmons la nécessité d'une prise en charge simplifiée, gratuite et confortable de l'IVG. À ces fins, nous sommes favorables à :

- ⊗ La suppression de la clause de conscience spécifique à l'IVG.
- ⊗ L'application ferme de la loi contre le délit d'entrave.
- ⊗ Un circuit gratuit du diagnostic de la grossesse jusqu'aux éventuelles complications.
- ⊗ La pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes.
- ⊗ L'allongement du délai légal à 22 semaines d'aménorrhée (20 semaines de grossesse).

Contact presse :

pourunemeuf@tutanota.com

IVG médicamenteuse en médecine générale

Pourquoi se former aux IVG en médecine générale

Les lois et règlements qui régissent l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ont été modifiés à plusieurs reprises depuis le vote de la loi Veil en 1975. Parmi les modifications les plus importantes figure la possibilité d'effectuer des IVG médicamenteuses « en ville » pour les médecins généralistes et sages-femmes (1).

Ces dispositions sont parfois méconnues, ce qui est d'autant plus regrettable que les médecins ont une obligation d'information auprès des femmes qui demandent une interruption volontaire de grossesse. Ils doivent notamment leur donner toutes informations utiles sur les différents modes d'IVG (médicamenteuse, instrumentales), les délais, les conditions de réalisation (avec la gratuité et les cas particuliers des mineures, notamment). Ils doivent pouvoir leur remettre le dossier-guide de l'IVG réalisés et diffusés par les agences régionales de santé (ARS).

Un besoin pour les femmes

La première raison est sans doute l'importance de remplir cette mission de santé publique, en particulier dans une période où les centres de planification familiale rencontrent de nombreuses difficultés. Dans de nombreuses petites villes, par exemple, les centres de planification, souvent basés dans les hôpitaux généraux, manquent de médecins et de sages-femmes. Au moment des congés (période d'été, fêtes de fin d'année), le service n'est pas toujours rendu avec la célérité qui soulagerait au mieux les femmes.

Une autre vision de la pratique médicale

Personnellement, la pratique des IVG médicamenteuses à domicile a contribué à changer ma vision de la société dans laquelle nous vivons. Disons d'abord que le nombre d'IVG m'a surpris. Je me suis aperçu que la plupart des femmes qui ont recours à l'IVG n'en parlent pas à leur médecin traitant, et du coup, on a tendance à sous-estimer le phénomène et son importance.

La seconde chose qui m'a frappé c'est le nombre important d'IVG liées à des pratiques médicales discutables.

Par exemple j'ai récemment dû pratiquer une IVG chez une femme qui devait se faire poser un DIU. Mais son gynécologue ne lui avait donné rendez-vous qu'au bout de trois mois, et ne lui a proposé aucune contraception pendant l'intervalle. Autres cas : les femmes qui utilisent une pilule estroprogestative mais à qui personne n'a proposé de pilule du lendemain, au cas où elles laisseraient leur boîte de pilule à la maison alors qu'elles vont dormir ailleurs ; ou bien les femmes qui sont victimes de vomissements occasionnels, ou d'un traitement qui diminue l'efficacité des estroprogestatifs.

En pratique, il ne fait pas de doute que la contraception la plus efficace est le dispositif intra utérin. Notamment chez les jeunes filles ayant des rapports occasionnels. Je demeure étonné des résistances du corps médical à la pose des DIU : chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant (malgré les recommandations contraires), mais pas seulement.

L'IVG est un moment privilégié pour discuter de la contraception qui pourrait être la mieux adaptée.

Un point encore de friction entre les femmes et le système de santé est l'échographie de datation précoce.

Il est bien rare que soit proposé un rendez-vous d'échographie dans les jours suivant la demande, même lorsque le médecin téléphone pour insister. Or l'IVG à domicile ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la 5^e semaine de grossesse, soit 7 semaines d'aménorrhée, après le début des dernières règles. Autant dire qu'il n'y a pas de temps à perdre !

Et lorsqu'une échographie est obtenue, on court toujours le risque que l'échographiste prenne le plus grand soin de « montrer le bébé » et de faire « entendre son cœur » à la femme désespérée. En bref, il faut choisir entre se passer d'échographie pour la datation, ou bien... apprendre, s'équiper, et la faire soi-même !

Et de la société

Autre surprise, le nombre de femmes qui subissent ou qui ont subi des violences physiques et/ou sexuelles. La répétition des IVG est un signe qui doit alerter et faire poser des questions. On découvre alors de nombreux cas de femmes ayant été frappées, ou brimées de multiples manières au sein de leur couple.



Et même en dehors de ces cas, on est souvent glacé par le récit que font les femmes de la manière dont leurs relations de couple les a conduites à une IVG. Ou bien de l'intrication entre les contraintes du milieu du travail et le désir de grossesse.

Se former et entrer en réseau

Les généralistes et les sages-femmes libéraux ne peuvent pratiquer les IVG médicamenteuses à domicile que par conventionnement avec un service hospitalier. Ce qui suppose une formation spécifique : il existe un certain nombre de séminaires de formation à l'IVG médicamenteuse. C'est une bonne expérience : on y découvre des confrères qui ont une vision personnelle et intéressante de la pratique médicale, et on y découvre la profession de sage-femme. Par la suite, un petit stage en service de planification familiale est aussi l'occasion de rencontres. Ces formations et stages sont une bonne introduction aux réseaux de praticien(ne)s qui s'entraident pour assurer un service d'IVG à domicile aussi continu et performant que possible, notamment en indiquant sur internet leurs dates d'absences (2).

En résumé, à un jeune médecin qui souhaite voir son horizon s'élargir, je conseillerais très vigoureusement de se former aux IVG médicamenteuses et de participer à un réseau.

Dr Jean DOUBOVETZKY (Albi)

(1) : Code de la santé publique, Articles L2212-1 et suivants, modifiés par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 127.

(2) : Voir par exemple le site de Reivoc (Réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la contraception en région Occitanie Pyrénées) <https://reivoc.fr/> et ses multiples informations à destination des femmes et des professionnels.

La pratique de l'Interruption Médicamenteuse de Grossesse en Médecine Générale

Un peu d'histoire

La loi de 2001 a donné la possibilité d'organiser des IVG dans le cadre de la médecine extra-hospitalière. Il a fallu attendre 2004 et les décrets qui l'encadraient pour l'envisager réellement. Cela semble long, mais j'imagine que des décisions plus importantes étaient sur le bureau des décideurs !

Depuis les choses ont évolué avec un certain nombre de progrès.

2007/2009 : Extension aux centres de santé et aux centres de planification.

2013 : Remboursement de l'avortement à 100 % par l'Assurance Maladie.

2014 : Suppression de la notion de « détresse » qui était auparavant un préalable indispensable à une IVG.

2014 : Contraception gratuite pour les jeunes de 15 à 18 ans dans les cabinets privés.

2015 :

- Abrogation du délai de réflexion avant un avortement.

- L'avortement chirurgical possible hors de l'hôpital, en centre Medico-social et en centre de planification et d'éducation familiale.

- Les sages-femmes sont autorisées à faire des avortements médicamenteux.

2016 : Examens échographiques et sanguins avant IVG et contrôle d'efficacité sont remboursés à 100 % par l'Assurance Maladie.

Il est possible en 2019 d'effectuer des IVG Médicamenteuses en médecine de ville pour les médecins et sages-femmes ou centre de santé ayant passé une convention avec un établissement de santé autorisé à pratiquer les IVG. Les médecins et sages-femmes doivent avoir une formation à l'IVG médicamenteuse ou une formation universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie obstétrique.

Il est intéressant de savoir qu'au début des IVG médicamenteuse en ville, les médecins devaient, s'ils n'avaient pas de formation universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie obstétrique, avoir une pratique régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé attestée par le directeur de l'établissement de santé, cela était bien vague. De nombreux centres d'orthogénie français ont été impulsés par des Médecins Généralistes qui continuaient à les faire fonctionner !

En 2010 la DGS a "demandé" à REVHO (réseau parisien d'orthogénie) de mettre en place des formations de formateurs à l'IVG médicamenteuse en ville. Ceci a permis d'assouplir les conditions requises pour effectuer des IVG médicamenteuses en Ville, car après une formation théorique, une convention peut être passée avec un établissement de santé autorisé, éventuellement complétée par une pratique sur site.

Il est donc possible, en 2019, aux sages-femmes et médecins installés en ville de bénéficier d'une formation théorique comme celle proposée par la SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste) avant de passer convention avec un établissement de santé.

Et donc en pratique

Une femme désirant effectuer un IVG peut en bénéficier sans délai, hormis les femmes mineures pour lesquelles une réflexion de 48 heures après une consultation psychosociale est obligatoire (auparavant il était de 7 jours pour toutes les femmes). A noter que cette consultation psychosociale est encore proposée à toutes femme demandant une IVG.

L'âge de la grossesse pour pratiquer une IVG Médicamenteuse en ville est de 7 SA alors qu'il est de 9 SA en établissement de santé. Pour une IVG par aspiration il est de 14 SA.

La rencontre avec la femme, ou le couple, se fait sans jugement avec une empathie permettant de rendre moins difficile ce moment de réflexion autour de cet avortement. Elle permet d'évoquer la « cause » de cette grossesse (absence, erreur ou échec de contraception. Violence dans le couple ou hors du couple ...).

L'IVG concerne 35 % des femmes françaises et est répartie dans toute la population quel que soit le niveau socio-économique ou le « bagage culturel ».

La décision est le plus souvent déjà prise lors de la première consultation mais parfois des interrogations persistent, notamment concernant les difficultés pour débuter une grossesse ultérieure (la réponse est : pas de risque de stérilité). Il existe peu de contre-indications (Grossesse ectopique, trouble de la coagulation, asthme aigu, insuffisance surrénalienne, allergie, voyage prévu à court terme et conditions pratiques défavorables telles que isolement, fragilité psychique...). L'IVG peut donc être le plus souvent débutée.

Cette consultation est primordiale car elle permet de bien expliquer le déroulé de l'IVG sur 2 ou 3 jours ; de prévoir une journée sans contrainte, d'être accompagné d'un proche le jour de la prise du deuxième médicament, de prévoir une antalgie, d'envisager, de discuter et d'organiser la contraception à venir. Il est expliqué que l'IVG médicamenteuse connaît certes quelques échecs mais 95 % de réussite!! Et le recours à

l'IVG par aspiration est possible en cas d'échec si le contrôle est effectué 15 jours après la prise médicamenteuse.

Lors de toute demande d'IVG qui me sont faites j'évoque la possibilité de l'effectuer soit avec moi soit en établissement hospitalier et éventuellement par aspiration si cela semble plus pertinent pour la femme.

La datation par échographie n'est pas obligatoire mais elle est préférable et en général nécessaire car elle permet également de vérifier s'il ne s'agit pas d'une grossesse ectopique.

La connaissance du Groupe Rhésus est indispensable pour ne pas omettre d'effectuer une injection d'Immunoglobuline anti-D en cas de rhésus négatif de la femme.

Le jour même de la consultation ou dès que l'échographie et le groupe sanguin sont réalisés, la prise de la mifépristone peut être faite. Cette molécule stoppe la grossesse. Elle sera suivie 24 à 48 heures plus tard de la prise de misoprostol qui déclenchera l'expulsion. La prise de misoprostol sera faite à domicile en évitant que la femme soit seule. En cas de nécessité, le recours au professionnel ayant organisé l'IVG ou à l'établissement de santé avec lequel il a passé convention, est bien évidemment possible.

Le contrôle sanguin sera fait 15 jours après et permettra de proposer un contrôle des IST. Les protocoles de l'IVG Médicamenteuse n'ont pas évolué officiellement depuis le début de cette pratique. Pourtant des recommandations HAS en décembre 2010 et février 2015 mais également celles du CNGOF (Collège National des Gynécologues et obstétriciens Français) en 2016 préconisent une évolution des posologies, délai entre la prise des molécules que la majorité des professionnels effectuant des IVG Médicamenteuse appliquent pour être en cohérence avec les avancées des études.

L'IVG médicamenteuse en ville est prise en charge intégralement par l'Assurance Maladie. Cela comprend les consultations, les bilans sanguins (HCG initial et de contrôle, groupe

sanguin), l'échographie et les deux molécules (mifépristone et misoprostol) nécessaires à la réalisation de cette IVG. Le tiers payant peut, bien évidemment, être appliqué.

Pour les femmes mineures, quelques spécificités s'appliquent. A défaut d'un consentement écrit de leur père, mère ou représentant légal, elles doivent désigner un adulte accompagnant qui ne pourra pas, légalement, être tenu responsable de l'IVG. Elles doivent bénéficier d'une consultation psychosociale et d'un délai de réflexion de 48 heures après celle-ci. L'ensemble des frais de l'IVG sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie avec possibilité d'anonymisation et de tiers payant, même en dehors d'un établissement hospitalier.

Les protocoles de l'IVG Médicamenteuse n'ont pas évolué officiellement depuis le début de cette pratique. Pourtant des recommandations HAS en décembre 2010 et février 2015 mais également celles du CNGOF (Collège National des Gynécologues et obstétriciens Français) en 2016 préconisent une évolution des posologies, délai entre la prise des molécules que la majorité des professionnels effectuant des IVG Médicamenteuse appliquent pour être en cohérence avec les avancées des études.

Pourquoi des IVG médicamenteuses en ville ?

Plusieurs raisons me poussent à effectuer des IVG médicamenteuses en ville.

Cette possibilité, offerte aux femmes, est une alternative à une prise en charge en établissement de santé et facilite parfois leurs parcours dans ces moments troublants. Il arrive que certaines femmes fassent partie de la patientèle de mon cabinet, cela peut faciliter les choses pour elles (a contrario, il est possible que certaines patientes désirent effectuer leur IVG sans m'en faire part). Mais pour la plupart des patientes, je ne suis pas leur médecin traitant et elles ont connaissance de ma pratique des IVG par les centres de planification, le N° vert Sexualités - Contraception - IVG, des collègues, le bouche à oreille, une copine, Internet...

Je suis alors disponible au moment où elles en ont besoin, et cela justifie amplement mon implication !

La disponibilité d'un praticien de ville est souvent plus importante que celle des centres d'orthogénie, même si ce n'est pas toujours le cas.

Mais le plus important, à mon avis, est réellement le choix possible pour la femme de pouvoir aller dans un lieu de soins où elle sera le plus à l'aise, voire le moins mal à l'aise pour effectuer une IVG et que ce moment soit le moins traumatisant pour la suite.

Dans ma pratique, la relation entre les différents intervenants proposés aux femmes en demande d'IVG, que ce soit les centres de planification, les praticiens effectuant de échographies, les sages-femmes et médecins effectuant les IVG médicamenteuses, sont en général très bonnes et les éventuelles indisponibilités des uns sont prises en charge par les autres. Une connaissance personnelle des autres intervenants est un plus, comme toujours le contact humain est prépondérant !!!!!

Et vous comment vous lancer ?

Si vous êtes prêt à vous lancer dans cette aventure d'accompagnement humain, qui permet d'avoir une proposition complémentaire pour votre patientèle, mais également pour les autres femmes, il vous faut bénéficier d'une formation validante et passer une convention avec un (ou plusieurs) établissement(s) de santé public ou privé.

Les formations à l'IVG médicamenteuse sont proposées par des associations de Formation Médicale Continue, notamment la SFTG, par certains réseaux locaux de prise en charge des IVG ou par certains services hospitaliers.

Des femmes ont besoins de professionnels à l'écoute et compétents, devenez l'un de ceux-là.

*Par le **Dr Michel CADART**
Médecin Généraliste,
Membre du CA de la SFTG*

Création d'un pôle de santé pour lutter contre la désertification

Projet pilote du futur Pôle de Santé de Haute Provence de Malijai destiné à stopper la désertification en zone rurale.

Fin Septembre 2017, la commune de MALIJAI a sollicité l'aide du gouvernement pour aider à la création d'un pôle de santé sur la commune. Le projet a été porté par la société <http://www.capsante04.fr> représentée par Monsieur David DJELLEL. La solution des maisons de santé labellisées par les Agences Régionales de Santé est préférée par les pouvoirs publics et locaux. Mais l'auto-financement et les subventions publiques ne suffisent plus et ce sont finalement les contribuables qui finissent par payer une large part de la facture.

Les professionnels qui souhaitent s'installer ont besoin d'un retour sur investissement. Or, il n'existe pas de droit au bail à proprement parler ni de possibilité de revente d'un local. Souvent, des professionnels déjà installés se regroupent dans des nouveaux locaux adaptés aux normes actuelles.

Le projet de pôle de santé concrétise les diverses contraintes budgétaires publiques et privées. La commune de Malijai en est l'exemple avec la construction de son EHPAD. La commune a investi 25.000 Euros contre 7,3 millions d'investissements privés. Ce schéma a permis de sauvegarder des emplois.

Le pôle de santé prévoit de rassembler 26 spécialistes différentes, d'assurer des gardes généralistes jusqu'à 22 heures. Ce pôle est financé par des fonds privés et permettra d'offrir un accès aux soins de proximité pour tous. La modularité des locaux, le partage des informations et l'adaptabilité des locaux aux besoins de chaque spécialité va permettre aux professionnels d'accéder à la propriété. C'est une spécificité que n'offrent que rarement les maisons de santé traditionnelles.

Ce projet novateur devrait ouvrir la voie à un développement national de ce type de projet. Il a reçu le soutien et l'appui du gouvernement, et rentre pleinement dans le cadre de l'exercice coordonné du plan « Ma santé 2022 » lancé par le Président en 2018.

En Octobre 2018, des journées portes ouvertes ont permis de mettre à l'honneur 4 lycées locaux qui ont participé aux premiers aménagements du site. Les professionnels intéressés ont pu présenter leurs projets d'installation. A cette date, 24 professionnels avaient déjà déposé leur candidature. Le permis d'aménager est presque finalisé et les travaux d'aménagement débuteront en 2019. Quatorze professionnels ont préservé un terrain pour installer des structures modulaires de plain-pied. Le site va accueillir une micro crèche destinée aux enfants des patients. Le site peut accueillir 40 espaces santé différents.

Les professionnels qui souhaitent investir viennent de divers départements. Des accès piétons pour les personnes à mobilité réduite sont prévus. Un Parc de deux hectares est en cours de réalisation et jouxtera le pôle santé, ainsi qu'un parcours nature et découverte.

Le promoteur est une Société Civile Immobilière d'Attribution (SCIA) qui se compose de professionnels. Le coût du projet est estimé à 5 millions d'Euros. C'est la commune qui cède les terrains. Ces ventes vont permettre à la commune de Malijai de financer les accès de voirie au pôle de santé.

Le projet reste un projet privé mais les habitants, les autorités et les professionnels sont appelés à participer et sont consultés. De nombreuses associations en lien avec la santé et diverses sociétés publiques soutiennent ce projet.

La commune a déjà inauguré un Ehpad sur le même mode de financement.

Le président de l'ordre local insiste sur la nécessité d'aider des spécialistes exerçant en secteur 2 à exercer en maison de santé. Cela leur permettra de profiter des avantages de la vie familiale et professionnelle, jusqu'alors prônés par les remplaçants.

Favoriser le partage privé / public, développer les responsabilités des infirmiers et des Assistants Médicaux, réorganiser le zonage départemental sont autant de solutions développées pour réduire la désertification de la région.



Pourquoi un projet privé est plus cohérent qu'un projet public ?

<p>Pour les professionnels de la santé</p>	<p>Pôle médical de Haute Provence</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Propriétaire du cabinet. ➤ Possibilité de vendre son cabinet. ➤ Simplification administrative. ➤ Défisicalisation importante. ➤ Capitalisation. ➤ Propriétaire de parking attenants et dédiés. 	<p>Maison de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Locataire. ➤ Pas de capitalisation immobilière. ➤ Complexité administrative (ex : maître de stage + suivi). ➤ Exclusivement charges (loyers). ➤ Pertes financières. ➤ Pas de parking spécifiques.
<p>Pour les communes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Perception de taxe foncière + autres. ➤ Pas d'investissement public. ➤ Risques financiers 100 % privés. ➤ Dynamique interprofessionnelle. ➤ Gestion et suivi privé. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pas de perception de taxe foncière. ➤ Investissement public. ➤ Endettement public. ➤ Ressources humaines publiques. ➤ Gestion et suivi public. ➤ Loyers incertains mais endettement certain.

Lutter contre la désertification médicale fait avant tout proposer un projet en correspondance avec les désirs et les attentes des professionnels de la santé. Exemple : Il est extrêmement difficile de faire venir des spécialistes avec des équipements onéreux dans des locaux en location.

David DJELLEL

Soins somatiques et psychiatrie : comment améliorer la coordination des soins au bénéfice des patient.e.s ?

La santé physique et la surmortalité des personnes par un trouble psychique ont longtemps été ignorées, du fait de préjugés, de méconnaissance ou de difficultés de repérage. Pourtant, la comorbidité entre maladies somatiques et psychiques est mise en avant dans de nombreuses études cliniques et épidémiologiques. De plus, certains médicaments psychotropes¹ augmentent les risques de maladies cardio-vasculaires, de diabètes et d'obésité.

Tous ces facteurs retardent ou limitent l'accès à des soins adaptés, diminuent de manière importante l'espérance de vie des personnes et compliquent la prise en charge de leur santé mentale et somatique.

Afin de leur apporter la réponse thérapeutique globale et de qualité qu'elles sont en droit de recevoir, une coordination efficace entre psychiatres et somaticiens, psychiatrie et médecine de ville, est indispensable.

Quelques chiffres

La surmortalité² des personnes ayant des troubles psychiques est connue depuis les années 1930. Cette surmortalité s'aggrave de manière continue, alors que l'espérance de vie de la population générale augmente. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il y aurait 8 millions de morts prématurées dans le monde liées aux troubles psychiques.

La première cause de mort des personnes vivant avec des troubles psychiques est naturelle, loin devant les suicides, les accidents et les homicides. Ainsi, en France, « la réduction de l'espérance de vie des personnes suivies pour des troubles psychiques atteint en moyenne

16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles.

Ces personnes ont des taux de mortalité² deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé» (Coldefy, 2018).

Les maladies cardiovasculaires et celles liées au tabac représentent les principales causes de décès des personnes atteintes de troubles psychiques. Par exemple, une personne chez qui un diagnostic de schizophrénie ou de troubles bipolaires a été établi aurait 2 à 3 fois plus de risque de mourir d'une maladie cardio-vasculaire que la population générale.

Le risque de mort prématurée dépend de nombreux facteurs plus ou moins associés : le tabagisme, le régime alimentaire, l'obésité, le diabète, les effets indésirables des médicaments psychotropes, le manque d'exercice, mais aussi la pauvreté et un réseau social peu développé. Auxquels s'ajoutent des facteurs de risque non modifiables, tels que l'âge, le sexe, les antécédents familiaux et personnels.

¹ Neuroleptiques, antidépresseurs, régulateurs de l'humeur, tranquillisants (anxiolytiques) et somnifères (hypnotiques).

² Le taux (brut) de mortalité est le rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année. La surmortalité indique un taux de mortalité anormalement élevé ou supérieur à un autre (jugé normal).

Par ailleurs, les personnes concernées par un trouble psychique rencontrent de nombreux obstacles à l'accès aux soins somatiques **qui ont également un impact sur leur mortalité**. Par exemple, les personnes atteintes de dépression majeure et de schizophrénie ont 40 à 60 % plus de risques que la population générale de mourir prématurément, du fait de problèmes de santé physique : cancers, maladies cardiovasculaires, diabète ou encore infection VIH (OMS, 2015).

Les freins à l'accès aux soins somatiques

Les difficultés d'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec des troubles psychiques, s'expliquent par de nombreux facteurs, liés aux troubles psychiques, aux soignant.e.s et à l'organisation du système de soins.

➤ Des troubles psychiques qui cachent les troubles somatiques

Certains troubles psychiques, les idées délirantes, le déni de la maladie, les troubles de la perception et du cours de la pensée conduisent parfois la personne à négliger des symptômes physiques. Parfois, une altération du schéma corporel ou une plus grande tolérance à la douleur (hypoalgésie) gênent la perception des symptômes somatiques. Par ailleurs, les modifications du comportement social, les troubles cognitifs, le repli sur soi et l'isolement social sont autant d'obstacles à des soins médicaux appropriés.

➤ Des préjugés persistants chez les soignants

Des idées fausses, des idées reçues ont contribué à une faible prise en compte des soins somatiques dans les services de psychiatrie.

➤ La stigmatisation des patients

Une personne avec un diagnostic psychiatrique qui arrive dans un service d'urgence pour un problème somatique pourra ne pas recevoir les examens ou les soins somatiques adaptés à son état. La stigmatisation engendrée par l'étiquette « malade psy » peut en effet avoir des conséquences tel qu'un retard de diagnostic somatique.

➤ Un manque de formation des médecins

Certain.e.s psychiatres sont peu formés à l'approche somatique, et il est parfois difficile

de repérer les signes d'une affection somatique du fait des troubles psychiques. D'autre part, certains médecins somaticiens sont peu familiers des troubles psychiques et de leurs traitements, ou hésitent devant des prises en charges souvent longues et complexes.

➤ Un manque d'information des proches

Par manque d'information sur les pathologies, les traitements, les facteurs de risque et la prévention, l'entourage de la personne malade est souvent démuni pour l'aider dans sa santé physique. Parfois, les problèmes psychiques passent au premier plan et empêchent l'entourage de voir les problèmes somatiques qui peuvent leur être associés.

➤ Une prévention insuffisante

Les actes de prévention et de dépistage sont en général moins développés pour les personnes concernées par un trouble psychique (examen somatique, bilan sanguin, accès à la contraception, vaccinations, dépistage du VIH et du VHC, prévention des addictions, hygiène bucco-dentaire, etc.). Et ce, que ce soit en service de psychiatrie ou en médecine de ville. Certains troubles du comportement sont insuffisamment pris en compte (alimentation, sexualité, addictions, hygiène de vie). Enfin, le suivi somatique n'est pas systématique lors des hospitalisations en service de psychiatrie.

➤ Une coordination parfois difficile entre soins somatiques et psychiatriques

Le manque de coordination entre les soins médicaux en ville (cabinet de médecine générale, maison de santé, etc.) et les soins psychiatriques d'une part, et la disparité de l'organisation de soins médicaux dans les services de psychiatrie d'autre part, expliquent en partie que la santé physique des patients psychiatriques soit moins prise en compte.

De fait, on observe souvent des ruptures dans la continuité des soins et des parcours de vie, par défaut de coordination et de communication entre médecine de ville, service de psychiatrie et dispositif médico-social.

Par ailleurs, toutes les personnes suivies en psychiatrie n'ont pas de médecin traitant.

Les médecins généralistes ne connaissent pas toujours les traitements que leurs patient.e.s prennent pour leurs troubles psychiques, notamment du fait d'un manque de communication entre médecins.

Une évolution récente

Deux décrets renforcent la nécessité d'assurer une continuité des soins entre les différent.e.s professionnel(les) (santé, social, médico-social) intervenant auprès d'un patient. Ils précisent :

- La mise en place d'une lettre de liaison remise au médecin traitant par le médecin de l'hôpital (Décret n°2016-995).
- Les catégories de professionnel(les) du champ social et médico-social habilitées à échanger et partager avec les professionnels(les) de santé, et les modalités de cet échange et de ce partage (Décret n° 2016-994).

Toutefois, depuis une dizaine d'année, on note une prise de conscience de l'importance de prendre en compte la santé physique et la douleur des personnes vivant avec des troubles psychiques.

Cette évolution a été rendue possible par l'action conjuguée des associations de patient.e.s et de proches (ex : Fnapsy et Unafam) et des professionnel(les) de santé. Avec, entre autres, la création en 2002 de l'Association nationale pour la promotion des soins somatiques en psychiatrie, la publication, en 2014, de la Charte « Médecine générale et Psychiatrie » et, en 2015, des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS).

Les facteurs de risque à prendre en compte

Les personnes concernées par un trouble psychique présentent davantage de risques :

- De surpoids et d'obésité ;
- D'hypertension artérielle ;
- De diabète ;
- Et de troubles lipidiques (cholestérol).

Ces risques sont souvent associés entre eux, ce qui augmente le risque de maladies cardiovasculaires.

Par exemple, les personnes suivies en psychiatrie présentent un risque d'obésité multiplié par trois par rapport à la population générale. Outre les conséquences négatives sur l'image corporelle, l'obésité est un des facteurs de risque de développement des maladies cardiovasculaires et de diabète.

Tous ces facteurs de risque ont des origines multiples, qui se combinent entre elles :

- Conduites addictives (tabac, alcool, drogues licites ou non) ;
- Effets indésirables des médicaments psychotropes³ ;
- Régime alimentaire ;
- Sédentarité (manque d'activité physique) ;
- Niveau socio-économique bas.

Les effets des médicaments psychotropes sur la santé somatique et mentale

L'objectif des médicaments psychotropes est de soulager la souffrance, de diminuer les symptômes et d'aider la personne à maintenir ses activités quotidiennes et sa vie sociale.

Tous les médicaments psychotropes peuvent causer des effets somatiques indésirables.

³ Neuroleptiques, antidépresseurs, régulateurs de l'humeur, tranquillisants (anxiolytiques) et somnifères (hypnotiques).

Ces effets sont plus ou moins fréquents et intenses, en fonction du médicament et de la personne : troubles neurologiques, cardiaques, endocriniens, métaboliques ou hormonaux.

Par exemple, à court terme, les neuroleptiques dits classiques provoquent davantage de troubles extrapyramidaux (syndrome parkinsonien, etc.), tandis que les neuroleptiques dits de deuxième génération provoquent davantage de prise de poids, d'augmentations du taux de sucre dans le sang et de diabète.

L'association d'une prise de poids, de la survenue de troubles lipidiques et d'un diabète conduit à s'interroger sur le traitement médicamenteux des troubles psychiques comme cause possible.

À l'inverse, des médicaments peuvent provoquer ou aggraver des troubles psychiques (hallucinations, dépression, anxiété, etc.) et interférer avec un traitement psychotrope.

Par exemple, certains médicaments parmi les suivants peuvent provoquer ou aggraver des dépressions et des idées suicidaires : certains antiépileptiques ; certains antibiotiques ; des anti-inflammatoires dérivés de la cortisone, etc.

Quand un nouveau problème de santé ou un changement de comportement survient chez une personne qui prend un médicament, il est utile de vérifier systématiquement s'il peut être lié à son traitement. Si c'est le cas, il faut se demander si une diminution de la dose ou un changement de traitement est possible, avant de tenter de rajouter un médicament pour corriger les effets indésirables.

Dans tous les cas, il est important de poursuivre un dialogue régulier et ouvert, afin d'évaluer les bénéfices et les risques des traitements.

Recommandations pour améliorer la prise en charge somatique

Compte tenu de toutes ces informations, il est essentiel que les personnes souffrant d'un trouble psychique bénéficient d'un suivi somatique adapté à leurs besoins, qui tienne compte de leurs particularités et des difficultés éventuelles à maîtriser les facteurs de risque.

Une évaluation initiale et régulière de la santé somatique peut être réalisée en suivant les recommandations existantes (HAS, 2015).

Dépister les personnes à risque

- **Les facteurs médicaux :** surpoids, diabète, troubles lipidiques (cholestérol), hypertension artérielle, antécédents de syncope, facteurs de risque d'arythmie cardiaque, facteur de risque de thrombose veineuse.
- Les facteurs comportementaux : hygiène alimentaire, addictions (tabac, alcool, autres drogues, etc.), activité physique.
- **Les facteurs génétiques :** contexte ethnique, histoire familiale de maladies métaboliques ou cardiovasculaires, de mort subite.
- **Les facteurs environnementaux :** précarité, isolement social, etc.

Évaluer le risque métabolique et cardio-vasculaire

- Entretien clinique abordant notamment : diabète, glycémie, mode de vie, addictions, médicaments, tabagisme, alcool, présence de douleurs.
- Examen physique portant notamment sur : poids, taille, indice de masse corporelle (IMC), périmètre abdominal, pression artérielle.
- Examens complémentaires, notamment : glycémie à jeun, bilan lipidique, électrocardiogramme (ECG).

Selon les résultats du suivi somatique, les facteurs de risque identifiés, les médicaments pris, etc., des actions de prévention et d'éducation à la santé adaptées à la personne sont à proposer.

Par exemple : des mesures diététiques, une activité physique, un accompagnement au sevrage.

L'objectif est d'obtenir un équilibre favorable à la personne entre les éventuelles conséquences somatiques de ses troubles psychiques et les éventuels effets indésirables des traitements. Le but final de toutes ses actions est d'améliorer la sécurité, la qualité de vie et la santé globale de la personne.

Importance de l'électrocardiogramme

Plusieurs médicaments psychotropes peuvent provoquer des problèmes cardiaques détectables à l'ECG.

Les neuroleptiques modifient le fonctionnement électrique du cœur, surtout à forte dose. Ce qui peut conduire à des troubles cardiaques graves, voire mortels. Le risque est augmenté en cas de ralentissement du cœur (bradycardie) et de baisse du potassium dans le sang. Pour évaluer ce risque, il est important d'effectuer un électrocardiogramme et une prise de sang avant la prise de neuroleptique (ce qui peut être difficile en cas d'urgence), et régulièrement ensuite. Les médicaments qui ralentissent le cœur et ceux qui abaissent le potassium sanguin augmentent le risque.

Certains antidépresseurs provoquent parfois des troubles du rythme cardiaque qui justifient une surveillance notamment par électrocardiogramme.

C'est le cas en particulier de la venlafaxine (Effexor® ou autre), du citalopram (Seropram® ou autre) et de l'escitalopram (Seroplex® ou autre) et des antidépresseurs imipraminiques (Anafranil® ou autre).

Assurer une meilleure coordination du parcours de santé de la personne

Tout doit être mis en œuvre pour éviter la rupture de la continuité des soins somatiques et psychiques. Cela suppose de développer un travail en réseau avec tous les partenaires concernés.

Comme pour le reste de la population, le médecin traitant assure le suivi médical global du parcours de santé du patient⁴ :

- ⊕ Il réalise les actes de prévention, dépistage, diagnostic, traitements, suivi, etc.
- ⊕ Il assure, en lien avec le psychiatre référent, la surveillance des effets indésirables des traitements, en particulier en cas de comorbidités somatiques et psychiatriques.

- ⊕ Il assure un accès téléphonique direct au psychiatre référent du patient.
- ⊕ Il participe, avec le psychiatre référent, à la coordination des interventions au domicile des équipes pluri-professionnelles de soins, d'aide et d'accompagnement.
- ⊕ Il participe aux mesures de soins sans consentement.

De son côté, l'équipe pluriprofessionnelle des services de psychiatrie contribue au suivi global des patients :

- ⊕ En identifiant un médecin traitant pour chaque patient suivi.
- ⊕ En assurant au médecin traitant un accès téléphonique direct à un psychiatre senior de l'équipe.
- ⊕ En informant systématiquement le médecin traitant des modalités de soins envisagées.
- ⊕ En informant systématiquement le médecin traitant en cas d'hospitalisation (ex : courrier à l'admission, compte rendu d'hospitalisation, traitements et modalités de retour à domicile à la sortie).
- ⊕ En organisant la continuité des soins avec le Centre médico-psychologique (CMP), le psychiatre ou l'infirmier libéral, en collaboration avec le médecin traitant.
- ⊕ En informant, avec l'accord du patient, l'ensemble des personnes intervenant dans ses soins et son accompagnement social et médico-social.



⁴ Charte de partenariat Médecine générale et Psychiatrie de secteur. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Quelques points clés

- ⊗ La santé mentale et la santé physique sont indissociables.
- ⊗ Les personnes vivant avec des troubles psychiques présentent souvent des pathologies somatiques non diagnostiquées.
- ⊗ Ces pathologies somatiques peuvent être la conséquence de leurs troubles et/ou de leur traitement médicamenteux.
- ⊗ Elles augmentent le risque de décès et diminuent l'espérance de vie.
- ⊗ Les personnes vivant avec des troubles psychiques doivent pouvoir bénéficier de la prévention, du dépistage et du suivi adaptés à leurs problèmes somatiques.
- ⊗ Pour cela, il est nécessaire de rendre systématique la collaboration entre psychiatres et médecins somaticiens, entre services de psychiatrie et médecine de ville.
- ⊗ Et lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec des troubles psychiques.

Sources

Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. Coldefy M. et Gandré C. Questions d'économie de la santé, IRDES, n°237, 2018/09.

Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. FFP-CNPP-HAS, 2015 ; 1-32, www.has-sante.fr

Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. Saravane D, Feve B, Frances Y et al.. Encephale. 2009 ; 35 : 330-9.

Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, 2010, www.anism.sante.fr

Charte de partenariat Médecine générale et Psychiatrie de secteur, www.lecmg.fr ou www.cme-psy.org

Médecine générale et psychiatrie, Dossier / L'information psychiatrique, 2014/5 (Volume 90).

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. www.legifrance.fr

Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.

Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

Investir dans la santé mentale. OMS, Département santé mentale, 2004, www.who.int

Plan d'actions européen pour la santé mentale 2013-2020, OMS Europe 2015 www.who.int

Aller plus loin

Association nationale pour la promotion des soins somatiques en psychiatrie, www.anp3sm.com

Psycom, brochures d'information disponibles en ligne, www.psycom.org

Autrices

Aude Caria, directrice du Psycom et Céline Loubières, chargée de mission au Psycom.

Les autrices ne travaillent pas, ne conseillent pas, ne possèdent pas de parts, ne reçoivent pas de fonds d'une organisation qui pourrait tirer profit de cet article.

Contacts : contact@psycom.org

La prescription médicale d'activité physique adaptée : connaissances et besoins des médecins généralistes d'Ile-de-France

Contexte

Les **médecins traitants** sont **autorisés à prescrire de l'activité physique (AP)** aux patients atteints d'**affections de longue durée (ALD)** depuis un décret paru le 30 décembre 2016 en vigueur depuis le 1^{er} mars 2017.

Objectif

Évaluer les **connaissances** et **besoins** des médecins généralistes d'Ile-de-France concernant la prescription médicale d'AP.

Matériels & Méthode

- Médecins généralistes en activité.
- Exerçant majoritairement la médecine générale en soins primaires.
- Hauts-de-Seine (92) et du Val-de-Marne (94).
- Période d'inclusion : août 2017 à février 2018.
- Recueil des données par un questionnaire.
- Analyse statistique descriptive et analytique multivariée.

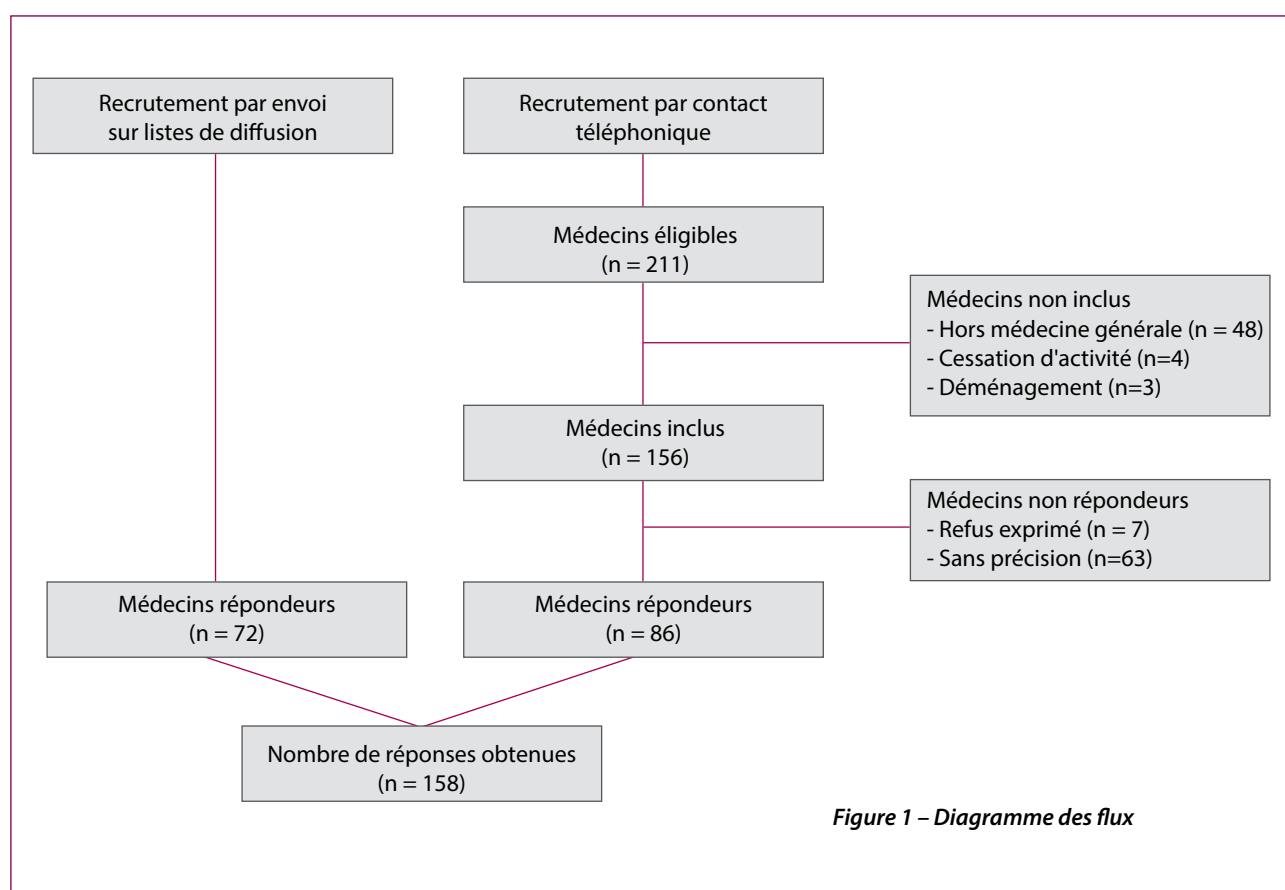


Figure 1 – Diagramme des flux

Résultats

Formation initiale

- 84,2 % des médecins la jugent non satisfaisante.
- 77,8 % déclarent ne pas avoir bénéficié d'une formation initiale concernant l'AP.
- 16,4 % ont une compétence spécifique en médecine du sport.

Formation continue

- 81,6 % des médecins n'ont suivi aucune formation spécifique en AP.

Discussion

- Sujet fréquemment abordé en consultation le plus souvent par le médecin.
- Manque de formation initiale et continue.
- Sentiment exprimé de manque de connaissance.

- Bénéfices de l'AP encore peu connus dans certaines pathologies.
- Personnalisation selon l'âge et la pathologie.
- Mais pathologies chroniques non identifiés comme des cibles prioritaires.
- Prescription médicale d'AP jugée pertinente.
- Mais là aussi sentiment de manque de compétence.
- La contrainte principale : le manque de formation.
- Les mesures favorisant la prescription : les brochures d'information, un site internet d'aide à la prescription d'AP, et l'organisation de formations spécifiques.

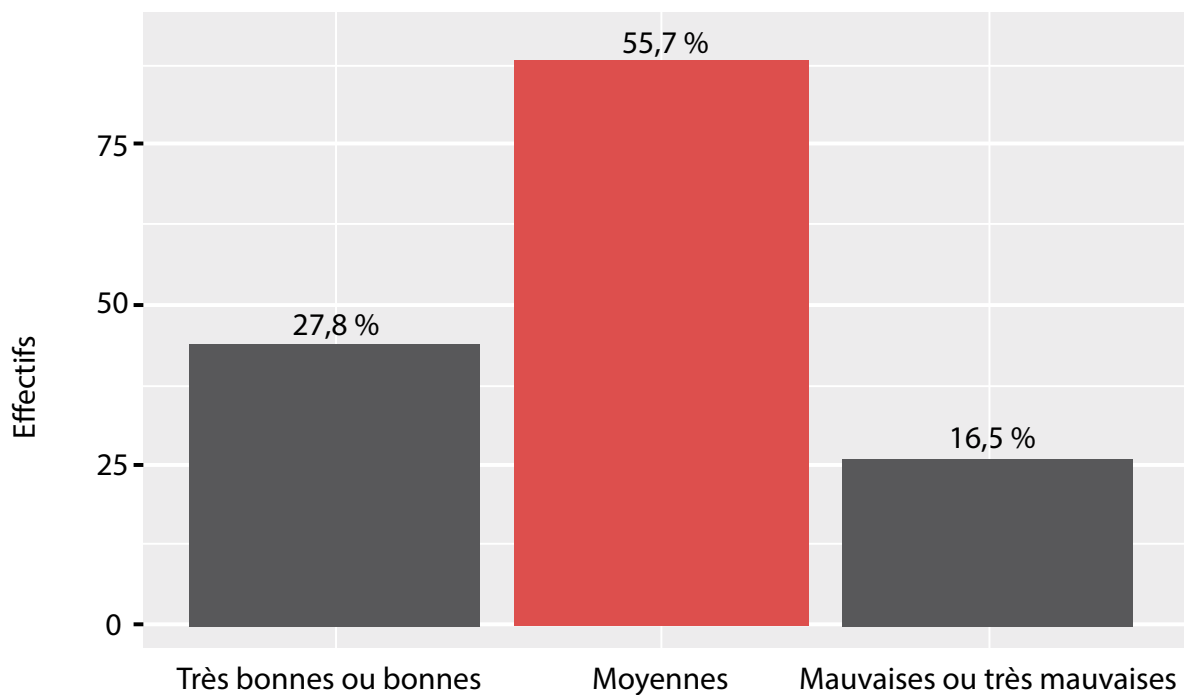
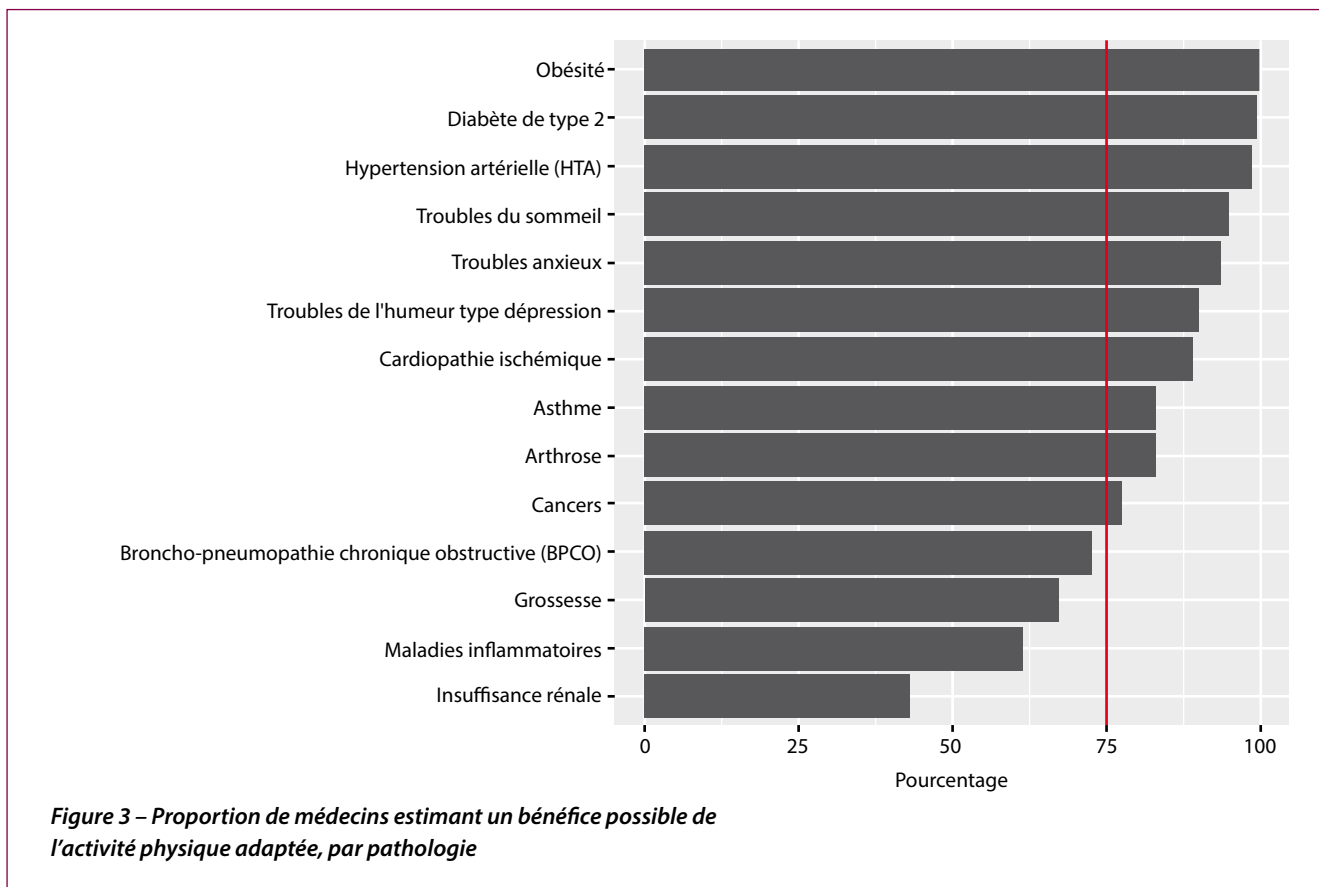


Figure 2 – Auto-évaluation des connaissances au sujet du conseil en activité physique



Une problématique quotidienne

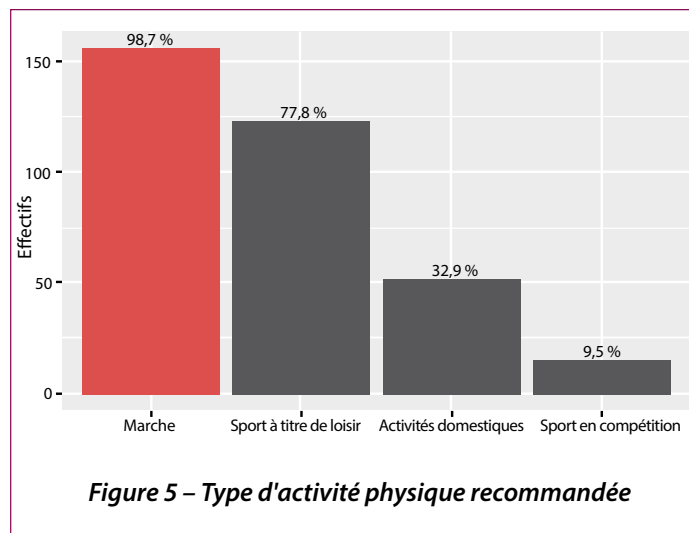
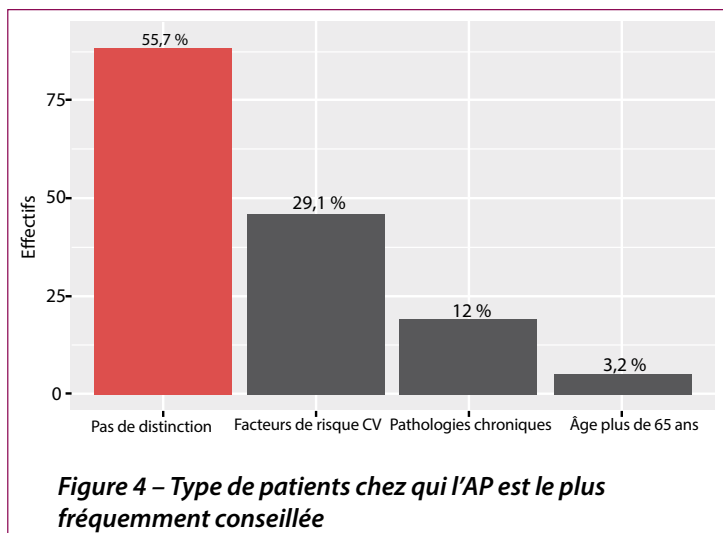
- 97,5 % des médecins estiment parler d'AP lors d'au moins 1 consultation sur 4,
- 69,6 % des médecins abordent eux-mêmes le sujet dans 3 consultations sur 4.

Un impact sur la durée de la consultation

- La consultation où l'AP est abordée dure plus longtemps pour 63,3 % de l'échantillon,
- Temps supplémentaire estimé à moins de 5 minutes pour 72 % d'entre eux.

Ne fait pas l'objet d'une consultation spécifique

- 63,9 % des médecins ne font jamais ou rarement de consultations dédiée à l'AP.



Un concept connu

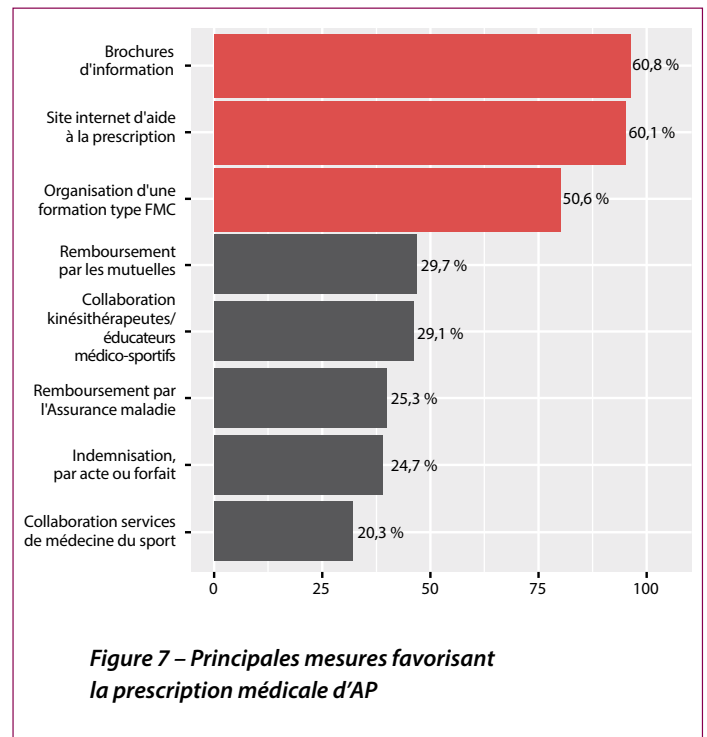
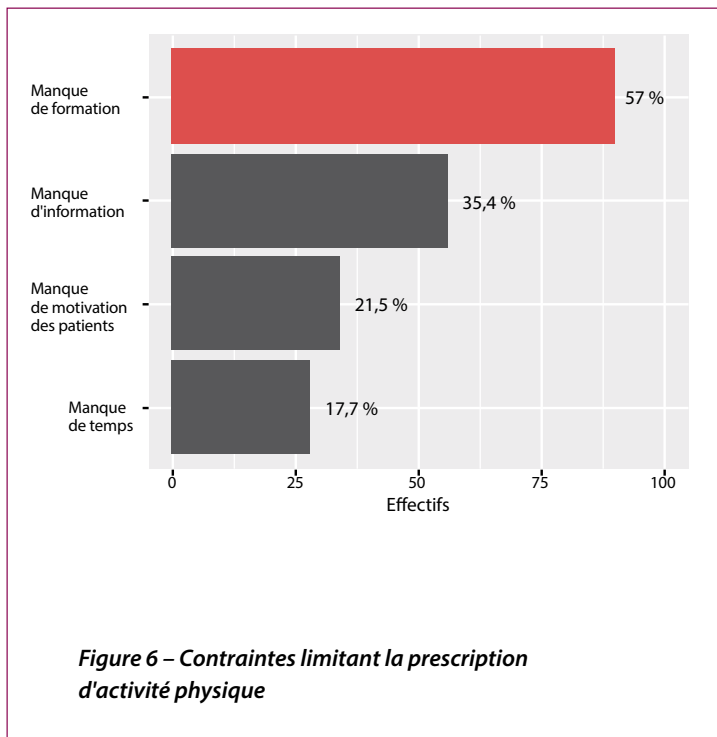
- 84,8 % des médecins ont entendu parler de prescription médicale d'AP ou de sport sur ordonnance.

Un concept pertinent

- 61,4 % des médecins jugent l'idée de prescrire de l'AP aux patientes pertinente.

Un sentiment de manque de compétence

- 58,9 % des médecins estiment ne pas avoir de compétence suffisante en la matière.



Les facteurs favorisant le sentiment de compétence en prescription d'AP sont :

- Une compétence spécifique en médecine du sport ($p < 0,01$).
- L'abord fréquent de l'AP en consultation ($p < 0,001$).
- La pratique personnelle d'AP ($p < 0,01$).

Conclusion

La prescription médicale d'AP est un concept jugé pertinent mais la majorité des médecins estiment ne pas avoir de compétence suffisante principalement en raison d'un manque de formation.

Nous avons identifié trois mesures à prendre pour faciliter la prescription d'AP :

- L'organisation de formations spécifiques sur l'AP.
- La conception d'outils pour aider les médecins.
- La promotion de la pratique d'AP chez les médecins.

Dr Alexis ASTRUC

Université Paris Descartes, Médecine générale, Doctorant

Dr Jean-Christophe BLANCHARD

Hôpital Corentin Celton, Réadaptation cardiaque, PH, Directeur de thèse

Etude des signes cliniques associés au diagnostic d'infection urinaire dans un contexte d'examen cytobactériologique des urines positif chez les sujets âgés de plus de 75 ans en médecine ambulatoire à Paris

Résumé

L'infection urinaire du sujet âgé est un problème fréquent en médecine de ville mais son diagnostic reste compliqué dans cette population sans qu'il existe des recommandations claires. L'objectif de notre étude était de rechercher les signes cliniques associés au diagnostic d'infection urinaire dans un contexte d'ECBU positif chez les sujets de plus de 75 ans en ambulatoire à Paris. De juin à octobre 2017, ont été inclus les patients de plus de 75 ans, ayant un résultat positif d'ECBU pratiqué dans un laboratoire de ville à Paris avec au moins 1 germe identifié. L'objectif principal était de déterminer les signes cliniques associés au diagnostic d'infection urinaire. Les objectifs secondaires étaient de déterminer le taux de colonisation urinaire en ambulatoire, déterminer l'écologie microbiologique et de décrire le type d'antibiothérapie utilisée.

Au total, 98 ECBU ont été inclus pour analyse. Les brûlures mictionnelles ont été le seul signe clinique statistiquement associé au diagnostic d'infection urinaire (OR 4.12 [1.1-16.1] avec $p=0.04$). Aucun signe dit « atypique » n'a été retrouvé dans notre population. Le taux de colonisation urinaire retrouvé a été de 13.7 %. Une prédominance d'Escherichia Coli a été retrouvée dans les ECBU analysés. Les recommandations de prise en charge thérapeutiques dans cette population « à risque de complications » ne sont pas encore parfaitement appliquées. Au total, seules les brûlures mictionnelles sont significativement associées au diagnostic d'infection urinaire dans la population âgée de plus de 75 ans en ambulatoire à Paris.



Introduction

En France, les infections urinaires communautaires de l'adulte sont le 2^{ème} motif de consultation et de prescription d'antibiotiques au cabinet du médecin de ville et représentent une des premières causes d'infection bactérienne^{1, 2}. Cela est particulièrement vrai chez le sujet âgé où l'infection urinaire est le syndrome infectieux le plus fréquent après les infections des voies respiratoires³.

La Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) a donc actualisé en 2015 puis en 2018 ses recommandations afin de proposer un diagnostic et une prise en charge optimisée. Avec ces dernières actualisations³, l'ancienne dénomination d'infection urinaire « compliquée » a été remplacée par « à risque de complication » mettant ainsi en valeur la notion de facteur de risque lié au terrain sous-jacent. Ainsi, un sujet de plus de 75 ans ou plus de 65 ans avec au moins 3 critères de fragilité parmi les critères de fragilité de FRIED est un des facteurs de risque de complication. Avec cette nouvelle approche on constate donc que le sujet âgé (> 75 ans) ou le sujet considéré comme fragile mérite une prise en charge diagnostic et thérapeutique particulière. La fragilité a été définie par un accord d'expert comme un état de vulnérabilité à un stress secondaire à de multiples déficiences de systèmes qui conduisent à une diminution des réserves physiologiques.

Dans la définition de la SPILF les critères de Fried⁵ ont été privilégiés mais s'ils ont l'avantage de reposer sur des critères cliniques simples, ils ne permettent d'évaluer que la composante motrice. Selon les recommandations de la SPILF, on parle d'infection urinaire si l'on est en présence d'une uroculture positive associée à au moins un des signes cliniques suivants : fièvre > 38° C, impériosité mictionnelle, pollakiurie, brûlures mictionnelles ou douleurs sus-pubiennes, douleur lombaire, dysurie. En revanche, le diagnostic d'infection urinaire est souvent plus compliqué chez le sujet âgé que chez l'adulte jeune car les signes cliniques sont souvent aspécifiques et atypiques (asthénie, anorexie, syndrome confusionnel, chutes, décompensation d'une comorbidité) et les signes fonctionnels urinaires sont souvent absents^{1, 3, 7, 8, 9}. Cependant, il n'existe à l'heure actuelle pas de définition consensuelle de l'infection urinaire chez le sujet âgé prenant en compte ces particularités séméiologiques et même des signes typiques doivent être interprétés avec précaution car pouvant s'observer chez des patients âgés en dehors de toute infection. D'autre part, la symptomatologie est souvent frustrée chez le patient âgé. Ce sera donc une modification récente de la symptomatologie qui devra alerter le praticien.

Il existe dans la population âgée/fragile une prévalence importante de colonisation urinaire rendant l'interprétation d'analyse bactériologique urinaire délicate. La colonisation urinaire correspond à une situation de portage, c'est-à-dire à la mise en évidence d'un micro-organisme, lors d'un prélèvement urinaire correctement réalisé, sans que ce micro-organisme ne génère de manifestations cliniques, le patient étant donc asymptomatique. Il n'existe pas de seuil de bactériurie et la leucocyturie n'intervient pas dans la définition. La dernière enquête française montrait que 28 % des ECBU avec bactériurie significative chez les patients âgés hospitalisés étaient en fait des colonisations urinaires et non des infections urinaires⁷. Or les colonisations ne doivent pas être traitées : le risque étant de traiter à tort devant un sepsis d'étiologie indéterminée alors que l'infection est d'une autre origine^{14, 15, 16}. Au-delà de l'erreur diagnostique, le risque est évidemment bactériologique et épidémiologique avec l'émergence de bactéries multi-résistantes de part l'exposition inutile aux antibiotiques. En médecine générale, le diagnostic d'infection urinaire est au moins aussi difficile à réaliser qu'en médecine hospitalière et pourtant il n'existe actuellement aucune donnée publiée concernant les signes cliniques évocateurs et spécifiques d'infection urinaire chez le sujet âgé en médecine de ville. De même, aucune donnée concernant le taux de colonisation urinaire en ville, ou sur l'écologie bactérienne de cette population ambulatoire, n'a été publiée récemment¹². L'objectif de ce travail est d'analyser les signes cliniques présentés par les patients âgés en médecine de ville et de déterminer lesquels sont associés au diagnostic d'infection urinaire.

Matériel et méthode

Ont été inclus les patients de plus de 75 ans, ayant un résultat positif d'ECBU pratiqué dans un laboratoire de ville à Paris avec au moins 1 germe identifié. Était considéré comme positif un ECBU ayant une bactériurie significative et ayant retrouvé au moins un germe identifié quel que soit le taux de leucocyturie. Nous avons mené une étude rétrospective observationnelle transversale sur les patients âgés de plus de 75 ans ayant réalisé un ECBU qui s'est révélé positif dans un laboratoire de ville à Paris et prescrit par un médecin libéral en ambulatoire. Un laboratoire par arrondissement parisien, soit 20 laboratoires au total, a été choisi au hasard via le système de réponse aléatoire d'un moteur de recherche internet afin de recueillir 10 résultats par laboratoire d'ECBU positifs chez des patients de plus de 75 ans. Étaient recueillies comme informations sur la feuille de résultat de l'ECBU : nom et date de naissance du patient, nom du médecin prescripteur, date de réalisation de l'examen, justification de la réalisation de l'examen lorsque celle-ci était renseignée, taux de leucocyturie, taux de bactériurie et identification du ou des germes retrouvés. Une fois, les résultats d'ECBU positifs collectés, les médecins prescripteurs de l'ECBU étaient contactés afin de recueillir les données suivantes : symptomatologie du patient,

la justification de réalisation de l'ECBU en l'absence de symptomatologie, antibiothérapie prescrite avec durée de traitement et diagnostic final retenu.

L'objectif principal de cette étude était de déterminer quels ont été les signes cliniques associés au diagnostic d'infection urinaire effectué par le médecin prescripteur dans un contexte d'ECBU positif chez le sujet âgé de plus de 75 ans en ambulatoire à Paris. Les objectifs secondaires étaient de déterminer le taux de colonisation urinaire chez le patient âgé en ville, de décrire l'écologie bactérienne urinaire chez le sujet âgé en ambulatoire et de décrire le type d'antibiothérapie prescrite face à une infection urinaire « à risque de complication » en ville. Les données patients ont été saisies anonymement à l'aide du logiciel Microsoft Excel version 14.0.0. Les analyses statistiques ont été réalisées sur le logiciel SPSS (v20). Les variables continues ont été exprimées en médiane [Interquartile 25 ; 75]. Les variables catégorielles ont été exprimées en nombre et pourcentage. La comparaison entre les groupes a été réalisée avec le test du chi-2 et Mann Whitney. L'analyse univariée a été réalisée par le test de Mantel-Haenszel. Le seuil de significativité a été fixé avec un p inférieur à 0.05.



Résultats

De juin à octobre 2017, 200 ECBU positifs ont été récoltés via les laboratoires de ville. Parmi ces ECBU, 11 ont été exclus. Sur les 189 ECBU restants, les médecins prescripteurs ont été contactés pour répondre au questionnaire. Au total, 98 ECBU soit 52 % ont été pris en compte pour l'analyse statistique (Figure 1). Parmi les ECBU inclus dans l'analyse, 86.7 % (n=85) ont eu un diagnostic d'infection urinaire et 13.3 % (n=13) ont eu un diagnostic de colonisation fait par le médecin prescripteur. L'âge médian était de 83 ans [79-87] et 75.5 % des patients était des femmes sans différence significative entre le groupe « infection urinaire » et le groupe « colonisation » (Tableau 1). 88.8 % des patients étaient symptomatiques, 94.1 % dans le groupe « infection urinaire » et 55.8 % dans le groupe « colonisation », $p < 0.0001$. Parmi les signes cliniques les plus retrouvés, on notait la présence de brûlures mictionnelles pour 51 % avec une différence significative entre les deux groupes (55.3 % vs 23.1 %, $p=0.03$) et la présence d'une pollakiurie pour 33.7 % avec là encore une différence significative entre les deux groupes (37.6 % vs 7.7 % respectivement, $p=0.03$) (Tableau 1).

Aucun des patients n'a présenté de signes dits "atypiques" tels que la confusion, ou la perte d'autonomie. En analyse univariée, seules les brûlures mictionnelles étaient associées significativement au diagnostic d'infection urinaire (OR 4.12 [1.1-16.1], $p=0.04$). Pour 66.3 % des cas, un diagnostic de cystite a été posé (Tableau 2). Tous ces diagnostics ont menés à une prescription d'antibiotique. Le diagnostic de colonisation urinaire a été posé dans 13.3 % des cas avec un traitement antibiotique prescrit dans 46 % des cas. Dans 66.3 % des ECBU analysés, la culture microbienne a mis en évidence *Escherichia Coli* sans différence significative entre les 2 groupes (69.4 % vs 46.2 % respectivement, $p=0.09$) (Tableau 1). On retrouvait de manière significative plus *Entérocoque Faecalis* dans le groupe « colonisation » que dans le groupe « infection urinaire » (30.7 % vs 8.2 % respectivement, $p= 0.02$). Une antibiothérapie a été prescrite dans 96 % des cas avec une durée moyenne courte de 5 jours [1.25-8] (Tableau 2). Les fluoroquinolones ont été prescrits dans la majorité des cas avec 31.1 %, suivis par les fosfomycines (15 %). Dans le groupe « colonisation urinaire », une antibiothérapie a été prescrite dans 37.5 % des cas.

Figure 1: Diagramme de flux.

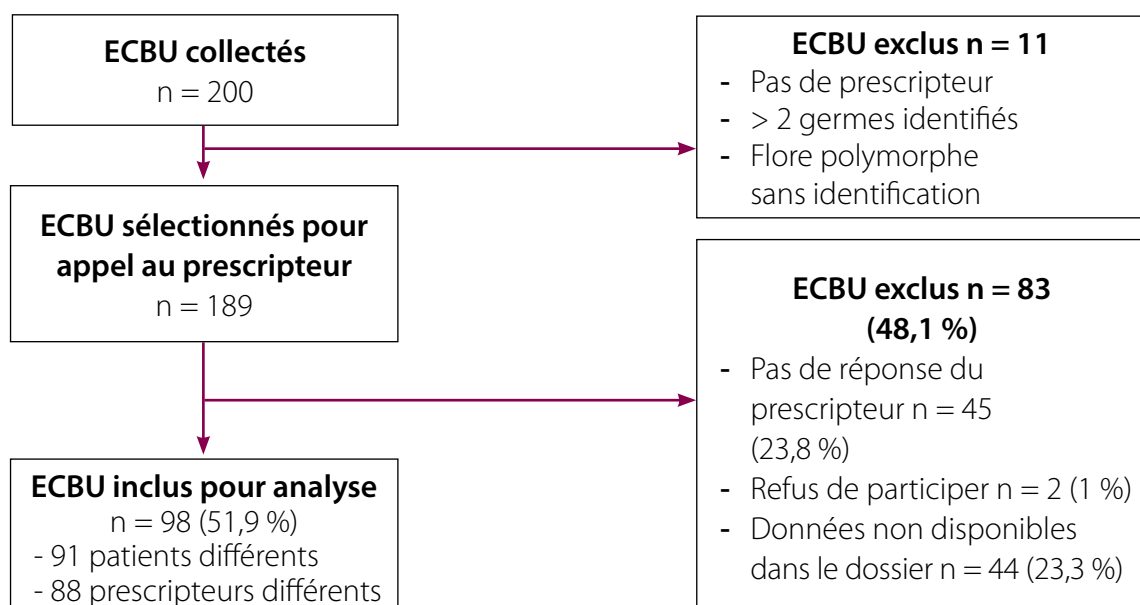


Tableau 1 : Caractéristiques des patients

	TOTAL n= 98	Groupe infection urinaire n=85	Groupe colonisation n=13	p value
Âge (en années)	83 [79-87]	82 [79-87]	86 [83-88]	0.11
Femme	74 (75.5 %)	65 (76 %)	9 (69 %)	0.6
Spécialité du médecin prescripteur				0.32
Médecine générale	78 (79.6 %)	69 (81.2 %)	9 (69.2 %)	
Autre	20 (20.4 %)	16 (18.8 %)	4 (30.8 %)	
Pourcentage de patients de plus de 75 ans ¥				0.001
< 10 %	17 (17.3 %)	17 (20 %)	0 (0 %)	
10-30 %	46 (46.9 %)	40 (47 %)	6 (46.2 %)	
30-50 %	19 (19.4 %)	17 (20 %)	2 (15.4 %)	
> 50 %	9 (9.2 %)	4(4.7 %)	5 (38.4 %)	
ECBU				
Taux de leucocyturie	10 ⁵ [10 ⁴ -10 ⁶]	10 ⁵ [10 ⁵ -10 ⁶]	10 ⁵ [10 ⁴ -10 ⁵]	0.12
Taux de bactériurie	10 ⁶ [10 ⁵ -10 ⁶]	10 ⁶ [10 ⁵ -10 ⁶]	10 ⁶ [10 ⁵ -10 ⁶]	0.37
Escherichia Coli	65 (66.3 %)	59 (69.4 %)	6 (46.2 %)	0.09
Proteus Mirabilis	2 (2.4 %)	2 (2 %)	0 (0 %)	0.58
Klebsiella Pneumoniae	8 (8.2 %)	8 (9.4 %)	0 (0 %)	0.25
Entérocoque faecalis	11 (11.2 %)	7 (8.2 %)	4 (30.7 %)	0.02
Autres germes	15 (15.3 %)	12 (14.1 %)	3 (23.1 %)	0.40
Signes cliniques				
Asymptomatique	11 (11.2 %)	5 (5.9 %)	6 (46.2 %)	<0.0001
Symptomatique	87 (88.8 %)	80 (94.1 %)	7 (53.8 %)	<0.0001
Hyperthermie	6 (6.1 %)	6 (7.1 %)	0 (0 %)	0.32
Dysurie	13 (13.3 %)	12 (14.1 %)	1 (7.7 %)	0.53
Pollakiurie	33 (33.7 %)	32 (37.6 %)	1 (7.7 %)	0.03
Brûlures mictionnelles	50 (51 %)	47 (55.3 %)	3 (23.1 %)	0.03
Tension sus-pubienne	3 (3.1 %)	3 (3.5 %)	0 (0 %)	0.5
Incontinence	7 (7.1 %)	6 (7.1 %)	1 (7.7 %)	0.93
Confusion	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	
Perte d'autonomie	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	
Autre symptôme	17 (17.3 %)	16 (18.8 %)	1 (7.7 %)	0.32
Résultats donnés en nombre et pourcentage n(%) et en médiane et interquartile [25;75]. ¥ : 7 données manquantes				

Tableau 2 : Répartition des diagnostics et caractéristiques des antibiothérapies prescrites

	TOTAL n=98
Diagnostic	
Cystite	65 (66.3 %)
Pyélonéphrite	7 (7.1 %)
Prostatite	13 (13.3 %)
Colonisation	13 (13.3 %)
Antibiothérapie	
Prescription	89 (90.8 %)
Durée (jours)	5 (1.25-8)
Pénicilline	9 (8.5 %)
Céphalosporine	11 (10.4 %)
Fluoroquinolone	33 (31.1 %)
Sulfamide	5 (4.7%)
Nitrofurane	9 (8.5 %)
Fosfomycine	16 (15 %)

Résultats donnés en nombre et pourcentage n(%) et en médiane et interquartile [25,75]

Discussion

Dans notre étude, 94 % des patients du groupe « infection urinaire » étaient symptomatiques avec près de 50 % de brûlures mictionnelles et 37 % de pollakiurie. De plus, le symptôme "brûlures mictionnelles" était le seul signe fonctionnel qui était associé de manière significative au diagnostic d'infection urinaire avec OR 4.12 [1.1-16.1] $p=0.04$. Cela est peu concordant avec les études antérieures hospitalières car Gonthier en 2000²² décrivait que le tableau typique de cystite était finalement peu fréquent et qu'il consistait surtout en une modification de l'aspect des urines, une incontinence nouvelle ou d'aggravation récente et la présence de symptômes plus atypiques comme une agitation. De plus, dans une thèse de médecine générale conduite dans les hôpitaux marocains en 2015, Sampson et al.⁹ retrouvaient ces deux symptômes de manière prédominante mais à moindre fréquence : 20 % de pollakiurie et 20 % de brûlures mictionnelles. Enfin, Haber et al.⁸ en 2007 notaient que dans 28 % des cas on retrouvait des signes fonctionnels urinaires mais dans près de 60 % des cas, on notait la présence de signes généraux avec une association des 2 dans 12 %. Gavazzi et al. en 2013⁷ notaient la présence de signes fonctionnels urinaires dans moins de 35 % des cas chez des patients hospitalisés.

Dans notre étude on ne retrouve que 7 % de patients ayant présenté une fièvre. Cela est concordant avec les données antérieures car Gavazzi et al. en 2002¹ notaient que quel que soit le type d'infection, on pouvait avoir une absence de fièvre dans 30 % des cas. Enfin, Beveridge et al. en 2011²³ faisaient remarquer une apyrexie dans près de 30 % des infections urinaires. Même en cas de fièvre, la littérature récente précise qu'un ECBU positif ne correspond finalement à une infection urinaire que dans moins de 10 % des cas¹⁷. Enfin, nous n'avons eu aucun patient ayant présenté des signes dits atypiques d'infection urinaire comme une confusion ou une perte d'autonomie et très peu d'altération de l'état général.

Hors la littérature met l'accent sur la présence de ces signes atypiques devant faire suspecter une infection urinaire chez la personne âgée mais aussi faire réaliser des explorations complémentaires à la recherche d'un autre diagnostic^{1, 16, 22}.

Cette différence pourrait s'expliquer par le contexte de médecine ambulatoire incluant un temps de consultation et d'examen court.

Si le patient ne s'en plaint pas spontanément, ces signes assez difficiles à interpréter peuvent passer inaperçus et ne pas être notés dans le dossier. De plus, les signes cliniques étaient donnés par le médecin généraliste sur la base

de ce qui était noté dans le dossier médical des patients : il peut donc y avoir un biais d'information. Enfin, le profil des patients âgés ambulatoires peut être différent du profil des patients en milieu hospitalier (patient ambulatoire moins comorbide, plus autonome et moins fragile). La prévalence de la colonisation urinaire dans notre étude était de 13 %. Les seules données ambulatoires existantes datent des années 1990 avec Boscia et al. qui en 1987²⁸ retrouvaient parmi une population d'âge moyen de 85 ans en ambulatoire 18 % de colonisation chez les femmes et 6 % chez les hommes. De même, Mims et al. en 1990²⁹ retrouvaient une prévalence de la colonisation en ambulatoire de 12 % parmi une population d'hommes d'âge moyen 77 ans.

Nos résultats sont donc concordants avec les études antérieures et ne montrent pas d'augmentation particulière de cette prévalence avec le temps.

Cependant, on peut considérer qu'il a pu être sous-estimé. En effet, c'est le médecin prescripteur qui a posé le diagnostic de colonisation urinaire or on a vu que certains ECBU étaient réalisés sur la déclaration de symptômes peu en lien avec une possible infection urinaire. C'est un des biais de l'étude, car sans réévaluation du patient, il n'était pas possible de pouvoir vérifier le juste diagnostic du médecin prescripteur. Enfin, de nombreux médecins prescripteurs ont souligné la grande difficulté à ne pas réaliser d'ECBU devant des patients très demandeurs, que ce soit en post infectieux ou dans un contexte de signes peu en faveur d'une infection urinaire. Ainsi, un certain nombre de diagnostic d'infection urinaire fait dans notre étude peuvent correspondre à des colonisations urinaires. Concernant l'écologie bactérienne des sujets âgés ambulatoires, on a retrouvé une forte prédominance des entérobactéries et on notait également qu'Enterocoque faecalis était significativement plus fréquent dans le groupe « colonisation » (30 % vs 7 %, $p = 0.02$). Ces résultats sont concordants avec les données actuelles de la littérature. En effet, en ambulatoire Lobel et al. en 2007³² retrouvaient 62 % d'Escherichia Coli, 19 % de Klebsielle et 3 % de Proteus Mirabilis.

De même, Tal et al. en 2005³³ notaient en ambulatoire 88 % d'entérobactéries. Ainsi, nos résultats montrent que l'écologie bactérienne

urinaire de la population âgée en ambulatoire à Paris est similaire à celle retrouvée dans les précédentes études. Aucune donnée n'a cependant été recueillie dans notre étude concernant les taux de résistance de ces germes et notamment la présence de germes présentant une beta lactamase à spectre élargie (BLSE). Concernant l'antibiothérapie, les fluoroquinolones étaient la classe thérapeutique la plus prescrite (30 %).

Or, la majorité des patients présentaient soit une cystite soit une colonisation (81 %). Ce résultat montre une probable méconnaissance des recommandations de la SPILF car les colonisations ne justifient pas d'une antibiothérapie^{24, 25, 26} et les recommandations actuelles préconisent l'utilisation en première intention de la nitrofurantoïne ou de la fosfomycine-trométamol. De même, on retrouve majoritairement une durée de traitement courte de l'ordre de 5 jours en moyenne. Cependant, la fosfomycine-trométamol a été utilisée de manière fréquente en prise unique alors que cette attitude n'est recommandée que chez la cystite simple aiguë de la femme jeune non gravidique. En deuxième position, on retrouve la classe des céphalosporines pour près de 10 % des prescriptions et même si cette famille d'antibiotique apparaît en première intention comme alternative avec les fluoroquinolones, il faut noter que la plupart des molécules prescrites dans notre étude sont des formes orales (type Cefixime) alors que seul les formes intramusculaires ou intraveineuses sont recommandées. Le choix de cette galénique peut s'expliquer par le caractère contraignant d'organisation d'un passage infirmier ou le refus des injections par le patient.

Enfin, alors que dans tous les cas, l'antibiothérapie prescrite par le médecin était donnée en probabiliste, avec pour consigne au patient de la débiter une fois la réalisation de l'ECBU effectuée : on retrouve tout de même 8 % de pénicilline prescrite et 5 % de Sulfamethoxazole-triméthoprime. Quelle que soit la présentation clinique, il n'est pas recommandé de prescrire une antibiothérapie probabiliste par pénicilline ou Sulfamethoxazole-triméthoprime.

Enfin, dans notre étude on constate qu'une antibiothérapie probabiliste a été prescrite dans 37.5 % des cas de colonisation urinaire diagnostiquée.

Une des raisons soulevées par les médecins prescripteurs au téléphone a été la grande difficulté à dire "non" à la demande des patients. En effet, même après avoir été informés par leur médecin traitant du diagnostic de colonisation et de la signification d'un tel diagnostic, de nombreux patients ont demandé à recevoir un traitement antibiotique. De même, certains médecins prescripteurs même après avoir fait le diagnostic d'infection urinaire ont justifié leur prescription par le fait que la bactériurie et/ou leucocyturie étaient significatives ou bien par leur méconnaissance sur l'inutilité de traiter les colonisations. Notre étude présente des points forts. En effet, jusqu'à présent il n'existait que très peu de données concernant les infections urinaires du patient âgé en ville et ces dernières datent de presque 30 ans.

Ainsi, notre étude a permis de faire un état des lieux aussi bien concernant les signes cliniques que l'écologie bactérienne en ambulatoire et le taux de colonisation.

Nos résultats sont d'ailleurs concordants avec ce qui avait été précédemment publiés. De plus, les laboratoires de ville participants ayant été randomisés via un algorithme aléatoire, notre population est bien représentative de la population de patients âgés de plus de 75 ans à Paris. Ainsi nos résultats peuvent être considérés comme représentatifs d'une population ambulatoire de sujets âgés. Cependant, notre étude présente aussi des points faibles. Premièrement, il s'agit de données rétrospectives collectées sur la base des données disponibles dans les dossiers médicaux. Ainsi, de nombreux ECBU ont dû être exclus par manque de données. De même, il s'agit de données déclarées par les médecins traitants sans vérification possible des dossiers en question.

Deuxièmement, un faible nombre d'ECBU a été inclus pour analyse et un faible nombre de diagnostic de colonisation a été fait. Ce manque d'effectif ne nous a pas permis de conclure de manière solide sur une association entre signes clinique et diagnostic d'infection urinaire.

Conclusion

Chez les patients ambulatoires de plus de 75 ans vivant à Paris, les symptômes les plus présentés étaient la pollakiurie et la présence de brûlures mictionnelles. Seules les brûlures mictionnelles étaient statistiquement associées au diagnostic d'infection urinaire dans un contexte d'ECBU positif en laboratoire de ville. Aucun signe dit « atypique » n'a été retrouvé dans notre étude, contrairement aux données de la littérature. On retrouvait un taux de colonisation urinaire plus faible que les données hospitalières. Il semblerait donc qu'il y ait des différences dans la présentation clinique des infections urinaires entre la ville et l'hôpital chez le sujet âgé. Une étude plus large pourrait être intéressante afin de comprendre les raisons de ces différences et améliorer ainsi la prise en charge des infections urinaires chez le patient âgé ambulatoire.

Réalisée par **Dr Margaux BAQUE**,
dirigé par le **Dr VALLET**

Bibliographie

1. Gavazzi G, Krause K-H. Ageing and infection. *The Lancet Infectious Diseases*. 1 nov 2002; 2(11):659-66.
2. Elkharrat D, Arrouy L, Benhamou F, Dray A, Grenet J, Corre AL. Épidémiologie de l'infection urinaire communautaire de l'adulte en France. In : *Les infections urinaires*. Springer Paris; 2007. p. 1-20.
3. Société de pathologie infectieuse de langue française. Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte. 2015.
4. Rockwood K. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*. 30 août 2005; 173(5):489-95.
5. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 1 mars 2001; 56(3):M146-57.
6. Gavazzi G, Delerce E, Cambau E, François P, Corroyer B, de Wazières B, et al. Diagnostic criteria for urinary tract infection in hospitalized elderly patients over 75 years of age: A multicenter cross-sectional study. *Médecine et Maladies Infectieuses*. mai 2013; 43(5):189-94.
7. Haber N, Paute J, Gouot A, Garcia JS, Rouquet M-L, Sahraoui L, et al. Incidence et caractéristiques cliniques des infections urinaires symptomatiques dans un hôpital gériatrique. *Médecine et maladies infectieuses*. 2007; 37(10):664-672.

8. Sampson M. Infection urinaire chez le sujet âgé à l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V de Rabat. Rabat; 2015.
9. Pinganaud G, Rainfray M. Les infections urinaires chez les personnes âgées. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. Déc 2004; 4(24):15-21.
10. Becq-Giraudon B. Bactériurie asymptomatique du sujet âgé. *Médecine et Maladies Infectieuses*. févr 1991;21(2, Part 2):149-56.
11. Crétel E, Veen I, Pierres A, Bongrand P, Gavazzi G. Immunosénescence et infections, mythe ou réalité ? *Médecine et Maladies Infectieuses*. juin 2010; 40(6):307-18.
12. Nicolle LE. Asymptomatic bacteriuria. *Infectious Disease Clinics of North America*. juin 2003; 17(2):367-94.
13. Nicolle LE. Asymptomatic bacteriuria in the elderly. *Infectious Disease Clinics of North America*. sept 1997;11(3):647-62.
14. Boscia JA, Kobasa WD, Knight RA, Abrutyn E, Levison ME, Kaye D. Epidemiology of bacteriuria in an elderly ambulatory population. *The American Journal of Medicine*. Févr 1986;80(2):208-14.
15. Cai T, Mazzoli S, Mondaini N, Meacci F, Nesi G, D'Elia C, et al. The Role of Asymptomatic Bacteriuria in Young Women With Recurrent Urinary Tract Infections: To Treat or Not to Treat? *Clinical Infectious Diseases*. 15 sept 2012; 55(6):771-7.
16. McMurdo M. Urinary tract infections in old age: over-diagnosed and over-treated. *Age and Ageing*. 1 juill 2000; 29(4):297-8.
17. Caron F, Galperine T, Flateau C, Azria R, Bonacorsi S, Bruyère F, et al. Practice guidelines for the management of adult community-acquired urinary tract infections. *Médecine et Maladies Infectieuses*. août 2018; 48(5):327-58.
18. Lutters M, Vogt-Ferrier N. Antibiotic duration for treating uncomplicated, symptomatic lower urinary tract infections in elderly women. In : *The Cochrane Collaboration, éditeur. The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2002.
19. Saidani M. *Epidémiologie des pyélonéphrites et prostatites communautaires: Les traitements probabilistes recommandés sont-ils toujours adaptés?* Paris Diderot - Paris 7; 2013.
20. Observatoire National de l'Epidémiologie de la Résistance Bactérienne aux Antibiotiques. *Rapport d'activité 2015*. 2016 nov.
21. ANSM. *Etude d'utilisation de la nitrofurantoïne en France*. 2012 mars.
22. Gonthier R. Infection urinaire du sujet âgé. *La Revue de Gériatrie*. 2000; 7.
23. Beveridge LA, Beveridge LA, Davey PG, Phillips G. Optimal management of urinary tract infections in older people. *Clinical Interventions in Aging*. juin 2011; 173.
24. Nicolle LE. Urinary tract infection in the elderly. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 1 mai 1994; 33 (suppl. A):99-109.
25. Schaeffer AJ, Nicolle LE. Urinary Tract Infections in Older Men. Solomon CG, éditeur. *New England Journal of Medicine*. 11 févr 2016; 374:562-71.
26. Schaeffer AJ. Urinary tract infections in the elderly. *Eur Urol*. 1991; 19 Suppl1:2-6.
27. Fougère B, Gaillat J, François P, Cambau E, Corroyer B, de Wazières B, et al. Suivi des recommandations dans l'infection urinaire : étude transversale multicentrique chez le sujet âgé hospitalisé de plus de 75 ans. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*. 2012 ; 10(1) : 9-15.
28. Boscia JA. Therapy vs No Therapy for Bacteriuria in Elderly Ambulatory Nonhospitalized Women. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 27 févr 1987; 257(8):1067.
29. Mims AD, Norman DC, Yamamura RH, Yoshikawa TT. Clinically Inapparent (Asymptomatic) Bacteriuria in Ambulatory Elderly Men: Epidemiological, Clinical, and Microbiological Findings. *Journal of the American Geriatrics Society*. nov 1990; 38(11):1209-14.
30. Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, Rice JC, Schaeffer A, Hooton TM. Infectious Diseases Society of America Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Asymptomatic Bacteriuria in Adults. *Clinical Infectious Diseases*. 1 mars 2005; 40(5):643-54.
31. Barrier Letertre C. Infections urinaires chez la personne âgée: difficultés du diagnostic microbiologique et impact de la prescription des ECBU pour la prise en charge des personnes âgées au CHU d'Angers. Angers; 2014.
32. Lobel B, Soussy C-J. Prise en charge des infections urinaires chez le sujet âgé. In: *Les infections urinaires*. Springer Paris; 2007. p. 101-12. (Monographies en urologie).
33. Tal S, Guller V, Levi S, Bardenstein R, Berger D, Gurevich I, et al. Profile and prognosis of febrile elderly patients with bacteremic urinary tract infection. *Journal of Infection*. mai 2005; 50(4):296-305.
34. Veyssier P. Infections et personnes âgées. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 1 janv 1997; 27(1):48-52.

médecins de l'hôpital pour leur dire qu'ils n'étaient pas choqués par l'énormité des conflits d'intérêts, mais qu'ils éprouvaient de la sympathie pour les bénéficiaires : « Nous savons que cette période est incroyablement douloureuse pour ces médecins et leurs familles, et notre sympathie va vers eux ».

Ou considérez le Dr Alan F. Schatzberg, président du département de psychiatrie de Stanford et président élu de l'Association américaine de psychiatrie. Le sénateur Grassley a constaté que Schatzberg contrôlait plus de 6 millions de dollars d'actions de Corcept Therapeutics, une société qu'il a cofondée et qui teste la mifépristone - le médicament d'avortement connu sous le nom de RU-486 - comme traitement de la dépression psychotique. Au même moment, Schatzberg était le chercheur principal d'une subvention de l'Institut national de la santé mentale qui incluait des recherches sur la mifépristone pour cet usage et il était coauteur de trois articles sur le sujet. Dans un communiqué publié à la fin du mois de juin, Stanford déclarait ne rien voir de mal à cet arrangement, même si un mois plus tard, le conseil de l'université annonçait qu'il remplaçait temporairement Schatzberg en tant que chercheur principal « pour éliminer tout malentendu ».

Peut-être le cas le plus flagrant exposé jusqu'ici par le sénateur Grassley est-il celui du Dr Charles B. Nemeroff, président du département de psychiatrie de l'Université Emory et co-directeur de l'influent manuel de référence *Textbook of Psychopharmacology* (2) avec Schatzberg. Nemeroff était le chercheur principal d'une subvention de 3,95 millions de dollars sur cinq ans de l'Institut national de la santé mentale, dont 1,35 million de dollars a été accordée à Emory pour couvrir les frais généraux, afin d'étudier plusieurs médicaments fabriqués par GlaxoSmithKline (GSK). Pour se conformer aux réglementations universitaires et gouvernementales, il devait divulguer à Emory ses revenus reçus de GlaxoSmithKline, et Emory devait déclarer les montants supérieurs à 10 000 dollars par an aux National Institutes of Health, avec l'assurance que le conflit d'intérêts serait ainsi géré ou éliminé.

Mais selon le sénateur Grassley, qui a comparé les archives d'Emory à celles de la firme, Nemeroff n'a pas divulgué environ 500 000 dollars qu'il a reçus de GlaxoSmithKline pour avoir donné des dizaines de conférences pour promouvoir les médicaments de la firme. En juin 2004, un an après le début de la subvention, Emory a mené sa propre enquête sur les activités de Nemeroff et a constaté de nombreuses violations de ses politiques. Nemeroff a répondu en assurant Emory dans un mémorandum : « Compte tenu de la subvention NIMH / Emory / GSK, je limiterai mes conseils à moins de 10 000 dollars par an à GSK et j'ai informé GSK de cette politique. Pourtant, cette même année, il a reçu 171 031 dollars de la part de la société, alors qu'il rapportait à Emory seulement 9 999 dollars - un dollar de moins que le seuil de 10 000 dollars pour son rapport prévu aux National Institutes of Health.

Emory a bénéficié des subventions et autres activités de Nemeroff, ce qui soulève la question de savoir si sa surveillance laxiste a été influencée par les propres conflits d'intérêts de l'université. Tel que rapporté par Gardiner Harris dans *The New York Times* (3), Nemeroff avait lui-même fait valoir son importance à Emory dans une lettre en 2000 adressée au doyen de la faculté de médecine, dans laquelle il justifiait son adhésion à une douzaine de conseils consultatifs de firmes.

« Vous vous rappelez sûrement que Smith-Kline Beecham Pharmaceuticals a fait don d'une chaire au département et que Janssen Pharmaceuticals a des chances raisonnables de le faire aussi. De plus, Wyeth-Ayerst Pharmaceuticals a financé un programme de bourses de développement de la recherche dans le département, et j'ai demandé à AstraZeneca Pharmaceuticals et à Bristol-Meyers [sic] Squibb de faire de même. Une partie de la justification du financement de notre faculté de cette manière serait le service que j'apporte dans ces conseils ».

Parce que le sénateur Grassley a désigné ces psychiatres, ces derniers ont reçu beaucoup d'attention dans la presse, mais des conflits d'intérêts similaires ont envahi le reste de la médecine.

(Le sénateur se tourne maintenant vers les cardiologues.) En effet, la plupart des médecins prennent de l'argent ou des cadeaux d'une compagnie de médicaments d'une manière ou d'une autre. Beaucoup sont des consultants rémunérés, des intervenants lors de réunions parrainées par des entreprises, des auteurs fantômes d'articles rédigés par des sociétés pharmaceutiques ou leurs agents (4) et des « chercheurs » ostentatoires dont la contribution consiste le plus souvent à donner un médicament à leurs patients et à transmettre des informations à la firme concernée. Encore plus de médecins reçoivent des repas gratuits et d'autres cadeaux. En outre, les sociétés pharmaceutiques subventionnent la plupart des réunions d'organisations professionnelles et la majeure partie de la formation médicale continue dont les médecins ont besoin pour conserver leurs licences d'État.

Personne ne connaît le montant total fourni par les sociétés pharmaceutiques aux médecins, mais j'estime à partir des rapports annuels des neuf plus grandes sociétés pharmaceutiques américaines que cela représente des dizaines de milliards de dollars par an. L'industrie pharmaceutique a ainsi acquis une énorme maîtrise sur la manière dont les médecins évaluent et utilisent leurs propres produits. Ses liens étroits avec les médecins, en particulier avec le corps professoral des facultés de médecine prestigieuses, affectent les résultats de la recherche, la manière dont la médecine est pratiquée et même la définition de ce qui constitue une maladie.

Considérons les essais cliniques par lesquels des médicaments sont testés sur des sujets humains (5).

Avant qu'un nouveau médicament puisse être mis sur le marché, son fabricant doit financer des essais cliniques pour montrer à la Food and Drug Administration que le médicament est sûr et efficace, le plus souvent comparé à un placebo, ou pilule factice. Les résultats de tous les essais (il peut y en avoir beaucoup) sont soumis à la FDA, et si un ou deux essais sont positifs, c'est-à-dire qu'ils montrent une efficacité sans

risque sérieux, le médicament est généralement approuvé, même si tous les autres essais sont négatifs. Les médicaments ne sont approuvés que pour un usage spécifique, par exemple pour le traitement du cancer du poumon, et il est illégal pour les entreprises de les promouvoir pour tout autre usage.

Mais les médecins peuvent prescrire des médicaments approuvés « hors Autorisation de mise sur le marché » - c'est-à-dire, indépendamment de l'utilisation spécifiée - et peut-être que la moitié de toutes les prescriptions sont rédigées hors AMM. Après la mise sur le marché des médicaments, les entreprises continuent à financer des essais cliniques, parfois pour obtenir une approbation de la FDA pour des utilisations supplémentaires, parfois pour démontrer un avantage sur leurs concurrents et souvent pour excuser les médecins. (De tels essais s'appellent à juste titre des « seeding trials » ou études de « semis »).

Étant donné que les sociétés pharmaceutiques n'ont pas d'accès direct aux sujets humains, elles doivent confier leurs essais cliniques à des écoles de médecine où les chercheurs utilisent les patients des hôpitaux universitaires et cliniques, ou à des sociétés de recherche privées (CRO), qui ouvrent des cabinets de médecins afin d'enrôler des patients. Bien que les CRO soient généralement plus rapides, les firmes préfèrent souvent utiliser les écoles de médecine, en partie parce que la recherche est prise plus au sérieux, mais principalement parce que cela leur donne accès à des médecins très influents, appelés « leaders d'opinion clé » (KOL). Ce sont ceux qui écrivent des manuels et des articles dans des revues médicales, publient des recommandations de bonnes pratiques, siègent à la FDA et dans d'autres groupes consultatifs gouvernementaux, dirigent des sociétés professionnelles et prennent la parole lors des innombrables réunions et repas pour apprendre aux médecins comment utiliser tel ou tel médicament. Avoir des KOL comme le Dr Biederman sur le livre des comptes d'une firme vaut chaque centime dépensé.

Il y a quelques décennies, les facultés de médecine n'avaient pas beaucoup de relations financières avec l'industrie et les chercheurs du corps professoral qui ont mené des recherches financées par l'industrie n'avaient généralement pas d'autres liens avec leurs sponsors. Mais les écoles ont maintenant elles-mêmes de nombreux contrats avec l'industrie et ne sont pas dans une position où elles peuvent demander à leurs enseignants de se comporter autrement. Une étude récente a révélé qu'environ deux tiers des centres médicaux universitaires détiennent des participations dans des firmes qui financent des recherches au sein de ces mêmes centres universitaires (6). Une étude menée auprès de présidents de facultés de médecine a révélé que les deux tiers des facultés de médecine, et trois présidents sur cinq recevaient des financements des entreprises pharmaceutiques. Dans les années 1980, les écoles de médecine ont commencé à publier des directives régissant les conflits d'intérêts des professeurs, mais elles sont très variables, généralement assez permissives et peu appliquées.

Comme les sociétés pharmaceutiques insistent, comme condition de leur financement, pour qu'elles participent étroitement à tous les aspects de la recherche qu'elles financent, elles peuvent facilement introduire des biais pour faire apparaître leurs médicaments meilleurs et plus sûrs qu'ils ne le sont. Avant les années 1980, ils confiaient aux chercheurs universitaires la responsabilité totale de la conduite du travail, mais aujourd'hui les employés de l'entreprise ou leurs agents conçoivent souvent les études, effectuent l'analyse, rédigent les documents et décident de publier les résultats.

Parfois, les médecins universitaires qui font office d'investigateurs ne sont guère plus que des exécutants rémunérés, fournissant des patients et collectant des données conformément aux instructions de l'entreprise.

Compte tenu de ce contrôle et des conflits d'intérêts qui imprègnent la conduite de ces essais cliniques, il n'est pas surprenant que les

essais sponsorisés par l'industrie publiés dans des revues médicales favorisent systématiquement les médicaments des sponsors. Ceci est largement dû au fait que les essais négatifs ne sont pas publiés, que les résultats positifs sont publiés de manière répétée sous des formes légèrement différentes, et que les résultats négatifs sont eux-mêmes exprimés d'une manière à les rendre plus positifs. Un examen de soixante-quatorze essais cliniques sur les antidépresseurs, par exemple, a révélé que trente-sept études positives sur trente-huit avaient été publiées (8). Mais sur les trente-six études négatives, trente-trois étaient soit non publiées, soit publiées sous une forme qui rendait le résultat positif. Il n'est pas rare qu'un article publié se déplace de l'effet escompté du médicament à un effet secondaire qui semble plus favorable.

La suppression de la recherche défavorable est le sujet du livre captivant d'Alison Bass, *Side Effects : A Prosecutor, a Whistleblower and a Bestselling Antidepressing in Trial* (Effets secondaires : Un procureur, un dénonciateur et un antidépresseur à succès en procès).

C'est l'histoire de la façon dont le géant pharmaceutique britannique GlaxoSmithKline a enterré des preuves que son antidépresseur le plus vendu, Paxil (Deroxat en Europe), était inefficace et peut-être nocif pour les enfants et les adolescents. Bass, ancien journaliste du *Boston Globe*, décrit l'implication de trois personnes - un psychiatre universitaire sceptique, un administrateur adjoint au Département de psychiatrie de l'Université Brown (dont le président a reçu en 1998 plus de 500 000 dollars de frais de consulting de firmes pharmaceutiques, dont GlaxoSmithKline) moralement outragé, et un infatigable assistant du procureur général de New York. Ils s'en sont pris à GlaxoSmithKline et à une partie du gratin de la psychiatrie et ont fini par l'emporter.



Ephemera Inc

« Drug signs », tiré du livre de Christopher Lane « De la timidité : comment les comportements normaux sont devenus une maladie ».

Le livre suit les luttes individuelles de ces trois personnes au cours de nombreuses années, culminant avec GlaxoSmithKline qui a finalement accepté en 2004 de régler les accusations de fraude à la consommation pour 2,5 millions de dollars (une infime fraction des ventes annuelles de Paxil de plus de 2,7 milliards de dollars). La firme a également promis de publier des résumés de tous les essais cliniques terminés après le 27 décembre 2000. La révélation de la pratique, délibérée et systématique, de suppression des résultats de recherche défavorables a été d'une bien plus grande importance, celle-ci n'aurait pas pu être faite sans le processus d'enquête légal. Un des documents internes de GlaxoSmithKline, non divulgué précédemment, disait : « Il serait commercialement inacceptable d'inclure une déclaration selon laquelle l'efficacité n'a pas été démontrée, car cela nuirait au profil de la paroxétine [Paxil]. » (9).

Beaucoup de médicaments supposés efficaces ne sont probablement pas meilleurs que les placebos, mais il n'y a aucun moyen de le savoir parce que les résultats négatifs sont cachés. Un indice a été fourni il y a six ans par quatre chercheurs qui, en utilisant la loi sur la liberté d'information, ont obtenu les examens de la FDA de toutes les études cliniques contre placebo, soumises pour leur autorisation initiale, des six antidépresseurs les plus utilisés entre 1987 et 1999 : Prozac, Paxil, Zoloft, Celexa, Serzone et Effexor (10). Ils ont constaté que les placebos étaient en moyenne 80 % aussi efficaces que les médicaments. La différence entre le médicament et le placebo était si faible qu'il était peu probable qu'elle ait une signification clinique. Les résultats étaient sensiblement les mêmes pour les six médicaments : tous étaient également inefficaces. Mais comme des résultats favorables ont été publiés et que des résultats défavorables ont été

enterrés (dans le cas présent, au sein de la FDA), le public et la profession médicale ont estimé que ces médicaments étaient des antidépresseurs puissants.

Les essais cliniques sont également biaisés par des designs de recherche choisis pour donner des résultats favorables aux promoteurs. Par exemple, le médicament du sponsor peut être comparé à un autre médicament administré à une dose si faible que le médicament du sponsor semble plus puissant. Ou un médicament susceptible d'être utilisé par des personnes âgées sera testé chez les jeunes, de sorte que les effets secondaires risquent moins de se manifester. Une forme courante de biais découle de la pratique courante consistant à comparer un nouveau médicament à un placebo, lorsque la question pertinente est de savoir comment il se compare à un médicament existant. En bref, il est souvent possible de faire ressortir des essais cliniques à peu près ce que vous souhaitez. C'est pourquoi il est si important que les chercheurs soient vraiment désintéressés des résultats de leurs travaux.

Les conflits d'intérêts affectent plus que la recherche. Ils influencent aussi directement la pratique de la médecine, par leur influence sur les recommandations de bonnes pratiques émises par les organismes professionnels et gouvernementaux et par leurs effets sur les décisions de la FDA. Quelques exemples : dans une enquête menée auprès de deux cents groupes d'experts qui ont publié des recommandations de bonnes pratiques, un tiers des membres du panel ont reconnu avoir un intérêt financier dans les médicaments qu'ils examinaient (11).

En 2004, après que le National Cholesterol Education Program (Le Programme éducatif national sur le cholestérol) demanda une baisse considérable du niveau désiré de « mauvais » cholestérol, il a été révélé que huit des neuf membres du panel qui rédigeaient les recommandations avaient des liens financiers avec les fabricants de médicaments hypocholestérolémiants (12). Parmi les 170 contributeurs à la plus récente édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) de

l'Association Américaine de Psychiatrie, quatre-vingt-quinze avaient des liens financiers avec des firmes pharmaceutiques, y compris tous les contributeurs aux sections sur les troubles de l'humeur et la schizophrénie (13). Peut-être plus important encore, beaucoup des membres des comités permanents d'experts qui conseillent la FDA sur les autorisations de médicaments ont également des liens financiers avec l'industrie pharmaceutique (14).

Ces dernières années, les sociétés pharmaceutiques ont mis au point une méthode nouvelle et très efficace pour élargir leurs marchés. Au lieu de promouvoir des médicaments pour traiter les maladies, ils ont commencé à promouvoir des maladies adaptées à leurs médicaments. La stratégie consiste à convaincre le plus grand nombre de personnes possible (ainsi que leurs médecins, bien sûr) qu'elles ont des problèmes de santé nécessitant un traitement médicamenteux à long terme. Parfois appelé « Disease Mongering » ou fabrication de maladie, deux nouveaux livres y sont consacrés : *Our Daily Meds : How the Pharmaceutical Companies Transformed Themselves into Slick Marketing Machines and Hooked the Nation on Prescription Drugs* de Melody Petersen (Nos médicaments quotidiens : comment les sociétés pharmaceutiques se sont transformées en machines de marketing et ont accroché la nation aux médicaments sur ordonnance) et *Shyness : How Normal Behavior Became a Sickness* de Christopher Lane (De la timidité : comment nos comportements normaux sont devenus des maladies). Pour promouvoir des maladies nouvelles ou exagérées, les entreprises leur attribuent des noms sérieux et des abréviations. Ainsi, les brûlures d'estomac sont maintenant « reflux gastro-œsophagien » ou RGO ; l'impuissance est la « dysfonction érectile » ou ED ; la tension prémenstruelle est le « trouble dysphorique prémenstruel » ou PMMD ; et la timidité est un « trouble d'anxiété sociale » (pas encore d'abréviation). Notez que ce sont des affections chroniques mal définies qui affectent essentiellement les personnes normales, de sorte que le marché est énorme et facilement étendu. Par exemple, un cadre marketing expérimenté a conseillé les représentants des ventes sur la

manière d'élargir pour l'utilisation du Neurontin : « Neurontin pour la douleur, Neurontin pour la monothérapie, Neurontin pour le bipolaire, Neurontin pour tout » (15). Il semble que cette stratégie des fabricants de médicaments – qui a été un très grand succès – ait été de convaincre les Américains qu'il n'y a que deux types de personnes : ceux qui ont des problèmes de santé nécessitant un traitement de la toxicomanie et ceux qui ne le savent pas encore. Si la stratégie est née dans l'industrie, elle n'a pas pu être mise en œuvre sans la complicité du corps médical.

Melody Petersen, qui a été journaliste au *New York Times*, a rédigé une vaste et convaincante mise en accusation de l'industrie pharmaceutique (16). Elle expose en détail les nombreux moyens, à la fois légaux et illégaux, que les firmes pharmaceutiques utilisent pour créer des « blockbusters » (des médicaments avec des ventes annuelles de plus d'un milliard de dollars) et le rôle essentiel que jouent les KOL, les leaders d'opinion clé. Son principal exemple est le Neurontin, qui n'a été initialement approuvé que pour un usage très restreint - pour traiter l'épilepsie lorsque d'autres médicaments n'ont pas réussi à contrôler les crises. En payant des experts universitaires pour mettre leurs noms sur des articles vantant le Neurontin pour d'autres usages - maladie bipolaire, syndrome de stress post-traumatique, insomnie, syndrome des jambes sans repos, bouffées de chaleur, migraines, céphalées - et en finançant des conférences lors desquelles ces indications étaient promues, le fabricant a été en mesure de transformer le médicament en un blockbuster, avec des ventes de 2,7 milliards de dollars en 2003. L'année suivante, dans un cas largement couvert par Petersen pour le *Times*, Pfizer a plaidé coupable de marketing illégal et a accepté de payer 430 millions de dollars pour régler les accusations criminelles et civiles contre la firme. Beaucoup d'argent, mais pour Pfizer, c'était juste le coût de faire des affaires, et cela en valait la peine parce que le Neurontin continuait d'être utilisé comme un tonique polyvalent, générant des milliards de dollars de ventes annuelles.

Le livre de Christopher Lane se concentre plus précisément sur l'augmentation rapide du nombre de diagnostics psychiatriques dans la population américaine et sur l'utilisation de médicaments psychoactifs (médicaments qui affectent l'état mental) pour les traiter. Comme il n'existe pas de tests objectifs pour la maladie mentale et que les frontières entre ce qui normal et anormal sont souvent incertaines, la psychiatrie est un domaine particulièrement propice à la création de nouveaux diagnostics ou à l'élargissement des anciens (17). Lane, professeur et chercheur en littérature à la Northwestern University, retrace l'évolution du DSM depuis ses modestes débuts en 1952 en tant que petit manuel à reliure spirale (DSM-I) jusqu'à sa version actuelle de 943 pages (la version révisée du DSM IV) en tant que « bible » incontestée de la psychiatrie - la référence standard pour les tribunaux, les prisons, les écoles, les compagnies d'assurance, les salles d'urgence, les cabinets de médecins et les établissements médicaux de toutes sortes.

Compte tenu de son importance, vous pourriez penser que le DSM représente la distillation faisant autorité d'un grand nombre de preuves scientifiques. Mais Lane, utilisant des archives non publiées de l'Association Américaine de Psychiatrie et des entretiens avec les principaux responsables, montre qu'il s'agit plutôt du produit complexe de politique universitaire, d'ambition personnelle, d'idéologie et peut-être le plus important, de l'influence de l'industrie pharmaceutique. Ce qui manque au DSM est la preuve. Lane cite un contributeur au groupe de travail DSM-III :

« Il y avait très peu de recherches systématiques, et une grande partie de la recherche qui existait était vraiment un méli-mélo : dispersé, incohérent et ambigu. Je pense que la majorité d'entre nous a reconnu que la quantité de science solide sur laquelle nous prenions nos décisions était bien modeste ».

Lane utilise la timidité comme étude de cas de Disease mongering (fabrication de maladie) en psychiatrie. La timidité en tant que maladie psychiatrique a fait ses débuts en tant que « phobie sociale » dans le DSM-III en 1980, mais elle était considérée comme rare. En 1994, lorsque le DSM-IV a été publié, il était devenu « trouble d'anxiété sociale », cette fois-ci soit disant extrêmement commun. Selon Lane, GlaxoSmithKline, dans l'espoir de stimuler les ventes de son antidépresseur Paxil, a décidé de promouvoir le trouble d'anxiété sociale comme « une maladie grave ». En 1999, la FDA a approuvé la commercialisation du médicament contre l'anxiété sociale. Il a lancé une vaste campagne médiatique pour le faire, notamment des affiches dans des abris de bus à travers le pays montrant des personnes abandonnées et les mots « Imaginez être allergique aux gens... » et les ventes ont grimpé. Barry Brand, directeur des produits de Paxil, a déclaré : « Le rêve de chaque négociant est de trouver un marché non identifié ou inconnu et de le développer. C'est ce que nous avons pu faire avec le trouble de l'anxiété sociale. ».

Certains des plus gros blockbusters sont des médicaments psychoactifs. La théorie selon laquelle les maladies psychiatriques découlent d'un déséquilibre biochimique est utilisée pour justifier leur utilisation généralisée, même si la théorie reste à prouver. Les enfants sont des cibles particulièrement vulnérables. Est-ce que les parents osent dire « non » lorsqu'un médecin dit que leur enfant difficile est malade et recommande un traitement médicamenteux ? Nous sommes actuellement au milieu d'une épidémie apparente de maladie bipolaire chez l'enfant (qui semble remplacer le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention comme la maladie la plus médiatisée de l'enfance), le diagnostic ayant été multiplié par quarante entre 1994 et 2003 (18). Ces enfants sont souvent traités avec de multiples médicaments prescrits hors AMM, dont beaucoup, quelles que soient leurs autres propriétés, sont sédatifs, et presque tous ont des effets secondaires potentiellement graves.

Les problèmes dont je viens de parler ne se limitent pas à la psychiatrie, bien qu'ils y atteignent leur forme la plus florissante. Des conflits d'intérêts et des biais similaires existent dans pratiquement tous les domaines de la médecine, en particulier ceux qui dépendent fortement des médicaments ou des dispositifs médicaux. Il n'est tout simplement plus possible de croire une grande partie de la recherche clinique publiée ou de se fier au jugement de médecins de confiance ou à des recommandations de bonnes pratiques faisant autorité. Je ne prends aucun plaisir à cette conclusion, que j'ai atteinte lentement et à contre cœur au cours de mes deux décennies en tant que rédacteur en chef du *New England Journal of Medicine*.

Un des résultats de ces biais profonds est que les médecins apprennent à pratiquer un style de médecine très consommateur de médicaments. Même si davantage de changements bénéfiques de mode de vie étaient réalisés, les médecins et leurs patients croient souvent que pour chaque maladie et mécontentement, il existe un médicament. Les médecins sont également amenés à croire que les médicaments de marque les plus récents et les plus chers sont supérieurs aux médicaments plus anciens ou aux médicaments génériques, même s'il est rare que les promoteurs ne comparent leurs médicaments avec des médicaments plus vieux à des doses équivalentes. De plus, les médecins, influencés par de prestigieuses facultés de médecine, apprennent à prescrire des médicaments hors AMM sans preuve d'efficacité.



Une publicité pour Paxil, 1999

Il est facile de critiquer les firmes pharmaceutiques pour cette situation, et elles méritent certainement beaucoup de reproches. La plupart des grandes entreprises pharmaceutiques ont payé pour des accusations de fraude, de marketing hors AMM et d'autres infractions. TAP Pharmaceuticals, par exemple, a plaidé coupable en 2001 et a accepté de payer 875 millions de dollars pour régler les accusations criminelles et civiles portées en vertu de la loi fédérale False Claims Act sur sa commercialisation frauduleuse de Lupron, un médicament utilisé pour le cancer de la prostate. Outre GlaxoSmithKline, d'autres firmes ont également payé pour des accusations de fraude, comme Pfizer, TAP, Merck, Eli Lilly et Abbott. Les coûts, même s'ils sont énormes dans certains cas, sont encore éclipsés par les bénéfices générés par ces activités illégales et ne sont donc pas très dissuasifs. Pourtant, les défenseurs pourraient faire valoir que l'industrie pharmaceutique ne fait que son travail - promouvoir les intérêts de ses investisseurs - et que parfois, elle va un peu trop loin.

Les médecins, les écoles de médecine et les organisations professionnelles n'ont pas cette excuse, leur seule responsabilité fiduciaire étant envers les patients. La mission des écoles de médecine et des hôpitaux universitaires - et ce qui justifie leur statut d'exonération fiscale - est d'éduquer la prochaine génération de médecins, d'effectuer des recherches scientifiques importantes et de s'occuper des membres les plus malades de la société.

Il ne s'agit pas de conclure des alliances commerciales lucratives avec l'industrie pharmaceutique. Aussi répréhensible que soient de nombreuses pratiques de l'industrie, j'estime que le comportement d'une grande partie de la profession médicale est encore plus coupable (19). Les sociétés pharmaceutiques ne sont pas des organismes de bienfaisance ; ils attendent quelque chose en échange de l'argent qu'ils dépensent, et ils l'obtiennent évidemment ou ils ne continueraient pas à payer.

Tant de réformes seraient nécessaires pour rétablir l'intégrité dans la recherche clinique et la pratique médicale qu'elles ne peuvent être résumées brièvement. Beaucoup impliqueraient de nouvelles lois de la part du Congrès et des changements dans la FDA, y compris son processus d'autorisation de mise sur le marché. Mais il est également clairement nécessaire que le corps médical renonce presque entièrement à l'argent de l'industrie. Bien que la collaboration entre l'industrie et les universités puisse apporter des contributions scientifiques importantes, cela se produit généralement en menant des recherches de base et non des essais cliniques, et même dans ce cas, on peut débattre si cela nécessite un enrichissement personnel des investigateurs. Les membres des facultés de médecine qui effectuent des essais cliniques ne devraient accepter aucun paiement des firmes pharmaceutiques, à l'exception du soutien à la recherche, et ce soutien ne devrait être lié à aucun contrôle sur la conception, l'interprétation et la publication des résultats de recherche.

Les facultés de médecine et les hôpitaux universitaires devraient appliquer rigoureusement cette règle et ne pas conclure de contrats avec des firmes dont les produits sont étudiés par les membres de leur faculté. Enfin, les médecins ont rarement une raison légitime d'accepter des cadeaux de firmes pharmaceutiques, même les plus petites, et ils devraient payer leurs propres réunions et leur formation continue.

Après de nombreux échos médiatiques défavorables, les écoles de médecine et les organisations professionnelles commencent à parler de contrôle des conflits d'intérêts, mais jusqu'à présent, la réponse a été tiède.

Ils font systématiquement référence aux conflits d'intérêts « potentiels », comme s'ils étaient différents de la réalité, et à leur divulgation et à leur « gestion », et non à leur interdiction. En bref, il semble y avoir un désir d'éliminer l'odeur de la corruption tout en conservant l'argent. Briser la dépendance du corps médical à l'industrie pharmaceutique demandera plus que la création de

commissions et d'autres gesticulations. Il faudra rompre brusquement avec un comportement extrêmement lucratif. Mais si le corps médical ne met pas fin à cette corruption volontairement, il perdra la confiance du public et le gouvernement (pas seulement le sénateur Grassley) interviendra et imposera une réglementation, ce que personne en médecine ne souhaite.

Dr Marcia ANGELL

Ancienne éditrice en chef du New England Journal of Medicine

The New-York Review, 15 janvier 2009. Traduction réalisée par le Formindep, article original : <https://www.nybooks.com/articles/2009/01/15/drug-companies-doctors-a-story-of-corruption/>

1. Gardiner Harris and Benedict Carey, "Researchers Fail to Reveal Full Drug Pay," *The New York Times*, June 8, 2008.
2. Most of the information in these paragraphs, including Nemeroff's quote in the summer of 2004, is drawn from a long letter written by Senator Grassley to James W. Wagner, President of Emory University, on October 2, 2008.
3. See Gardiner Harris, "Leading Psychiatrist Didn't Report Drug Makers' Pay," *The New York Times*, October 4, 2008.
4. Senator Grassley is currently investigating Wyeth for paying a medical writing firm to ghost-write articles favorable to its hormone-replacement drug Prempro.
5. Some of this material is drawn from my article "Industry-Sponsored Clinical Research: A Broken System," *The Journal of the American Medical Association*, September 3, 2008.
6. Justin E. Bekelman et al., "Scope and Impact of Financial Conflicts of Interest in Biomedical Research: A Systematic Review," *The Journal of the American Medical Association*, January 22, 2003.
7. Eric G. Campbell et al., "Institutional Academic-Industry Relationships," *The Journal of the American Medical Association*, October 17, 2007.
8. Erick H. Turner et al., "Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy," *The New England Journal of Medicine*, January 17, 2008.
9. See Wayne Kondro and Barb Sibbald, "Drug Company Experts Advised Staff to Withhold Data About SSRI Use in Children," *Canadian Medical Association Journal*, March 2, 2004.
10. Irving Kirsch et al., "The Emperor's New Drugs: An Analysis of Antidepressant Medication Data Submitted to the US Food and Drug Administration," *Prevention & Treatment*, July 15, 2002.
11. Rosie Taylor and Jim Giles, "Cash Interests Taint Drug Advice," *Nature*, October 20, 2005.
12. David Tuller, "Seeking a Fuller Picture of Statins," *The New York Times*, July 20, 2004.
13. Lisa Cosgrove et al., "Financial Ties Between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry," *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 75, No. 3 (2006).
14. On August 4, 2008, the FDA announced that \$50,000 is now the "maximum personal financial interest an advisor may have in all companies that may be affected by a particular meeting." Waivers may be granted for amounts less than that.
15. See Petersen, *Our Daily Meds*, p. 224.
16. Petersen's book is a part of a second wave of books exposing the deceptive practices of the pharmaceutical industry. The first included Katharine Greider's *The Big Fix: How the Pharmaceutical Industry Rips Off American Consumers* (PublicAffairs, 2003), Merrill Gozner's *The \$800 Million Pill: The Truth Behind the Cost of New Drugs* (University of California Press, 2004), Jerome Avorn's *Powerful Medicines: The Benefits, Risks, and Costs of Prescription Drugs* (Knopf, 2004), John Abramson's *Overdosed America: The Broken Promise of American Medicine* (HarperCollins, 2004), and my own *The Truth About the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It* (Random House, 2004).
17. [See the review] (</articles/archives/2007/dec/06/talking-back-to-prozac/>) by Frederick Crews of Lane's book and two others, *The New York Review*, December 6, 2007.
18. See Gardiner Harris and Benedict Carey, "Researchers Fail to Reveal Full Drug Pay," *The New York Times*, June 8, 2008.
19. This point is made powerfully in Jerome P. Kassirer's disturbing book, *On the Take: How Medicine's Complicity With Big Business Can Endanger Your Health* (Oxford University Press, 2005).

Snjmg

GARDER CONTACT - ADHERER

www.snjmg.org

Tél. 07 71 05 13 81

N'hésitez pas, nous sommes là pour ça !



**Retrouvez toutes
nos actualités et
communiqués sur le site**

snjmg.org



ASSISES DU SNJMG VENDREDI 15 MARS 2019

AU CHOIX :

Formation validante DPC sur la prise en charge des troubles compulsifs et de l'addiction par le DPC UPMC.

Formation validante DPC sur l'IVG médicamenteuse en MG par la SFTG.

8H30 : Petit déjeuner d'accueil

9H00 : Début de la formation (avec pause dans la matinée)

12H45 : Déjeuner

13H45 : Reprise de la formation (avec pause dans la matinée)

17H45 : Fin de la formation

Un diner convivial est organisé en marge du Congrès par le SNJMG.

Le nombre de places est limité, si vous êtes intéressé(e), ne tardez pas à vous inscrire sur notre formulaire en ligne <https://admin.typeform.com/workspaces/98505/>

Ces formations dans des salles de la faculté Cochin, 105 Boulevard de l'hôpital, 75013 Paris

ASSISES DU SNJMG LE SAMEDI 16 MARS 2019 ATELIERS DE FORMATION ET PLENIERES

8H30 : Petit déjeuner d'accueil

8H55 : Allocution de la Présidente du SNJMG

9H00 : Ateliers de la formation au choix (avec pause à 10H)

→ Questions de droits en soins psychiatriques (atelier assuré par Madame Aude Caria, Psycom).

→ Patient transgenre en Médecine Générale.

10H30 : Plénière « DMP et espace numérique de santé : Quel impact pour les patients et les MG ? »

12H00 : Pause Déjeuner

13H30 : Ateliers de formation au choix (avec pause à 15H00)

→ Recherche d'infos pro via le hashtag « doctoc » sur Twitter (présentation et applications pratiques).

→ Gestion du burn out.

15H15 : Plénière « Réforme des études médicales » (avec pause à 16H45)

17H00 : Ateliers de formation au choix :

→ Pansements en médecine ambulatoire.

→ Harcèlement sexiste et sexuel pendant les études de santé et au cours de la carrière médicale (atelier assuré par l'association Pourunemeuf).

18H30 : Intervention de clôture par la Présidente du SNJMG.

Le nombre de places est limité, si vous êtes intéressé(e), ne tardez pas à vous inscrire sur notre formulaire en ligne <https://admin.typeform.com/workspaces/98505/>

Les formations auront lieu dans les locaux de Prescrire, 68 Boulevard Richard Lenoir, 75011 Paris

INSTALLATION D'UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA COMMUNE DE CITRY

Dans notre Commune, la prise en charge médicale n'est pas aisée pour tous alors que la médecine française a une réputation d'excellence. Nous faisons le pari qu'un jeune ou une jeune praticienne relèvera ce défi en venant exercer son métier à Citry. Tout s'y prête : un territoire en plein développement démographique, une qualité de vie certaine et la mise à disposition d'un local au cœur du village.

Le local de 60 m², constitué de deux chambres, d'une grande pièce, d'un sanitaire, d'une salle de bain et d'une petite cuisine est remis à neuf pour répondre aux attentes d'un médecin et de sa clientèle. Le cabinet sera équipé sur les conseils de professionnels et répondra aux nouvelles normes de l'accessibilité. Il ne sera pas demandé de loyer pendant 2 ans.



Pour répondre aux besoins de nos administrés, venez à CITRY développer votre expérience professionnelle au service des administrés du canton. Nous serons heureux de vous y accueillir. Veuillez contacter **M. Thierry FLEISCHMAN**, le maire.
Contact : **01 60 23 60 27** - mairie.citry@wanadoo.fr



La Commune d'Ablis (Yvelines 78 - 3478 hab.) est située à 60 km de Paris, 15 km de Rambouillet et 11 km de Dourdan, zone pavillonnaire - Bassin de vie de 7000 habitants. Les commerces et infrastructures de loisirs sont présents sur place. La scolarisation jusqu'en primaire est possible sur place. Le collège est à 10 km, le lycée est à 13 km.

La commune recherche, pour sa maison de santé un MÉDECIN GÉNÉRALISTE LIBÉRAL (H/F) en vue du départ de l'un de ses médecins (été 2019)

Cession de clientèle gratuite. Le médecin est ouvert à une présentation de clientèle. Le local professionnel est situé dans la Maison de Santé communale, comprenant une salle d'attente commune assez vaste et un bureau de consultation. Le montant du loyer est de 367 € par mois, charges comprises.

La Maison de Santé accueille, actuellement, un cabinet de 3 infirmiers, deux médecins généralistes, dont l'un part au 01/07/2019, un kinésithérapeute, un podologue et un ostéopathe.

Un autre médecin généraliste exerce sur la commune, installé dans ses propres locaux. Toutes les spécialités sont présentes à 15 km (Rambouillet).

L'environnement médical compte 2 hôpitaux à 13 km (Rambouillet et Dourdan), l'hôpital de Chartres est à 27 km, une Maison de Retraite est sur la commune. La commune dispose d'une pharmacie.



Renseignements & contact :
Mme CIAMPINI (DGS)
au 01 30 46 06 06 - 01 30 46 06 08
i.ciampini@ablis.fr
Mairie d'Ablis / 8, rue de la Mairie / 78660 ABLIS



ENTRE QUERCY ET PÉRIGORD CENTRE INTERCOMMUNAL DE SANTÉ À SALVIAC (46)

La Communauté de communes Cazals-Salviac recrute (h/f)

2 médecins généralistes et un médecin généraliste coordonnateur

Dans un environnement exceptionnel entre vallée de la Dordogne et vallée du Lot, où l'on trouve tout ce dont on a besoin, loin du stress, de la pollution, des embouteillages et du mauvais temps.

Le CIS remplit une véritable mission de service public de santé de proximité et complète l'offre libérale, hospitalière, médicosociale locale.

Le **salarial** et le **travail en équipe** offrent les conditions d'un exercice professionnel de qualité dans le meilleur respect de la vie privée : optimisation du temps médical, assistance administrative, pas de préoccupation financière...

Lieu d'exercice pour les jeunes médecins ayant signé un **CESP** durant leurs études.

Conditions d'exercice :

- 3 cabinets de médecins, 2 cabinets d'infirmiers, 1 kinésithérapeute, 2 cabinets partagés, 1 accueil-secrétariat, 1 salle d'attente, 1 salle de réunion-coordination, 1 cafétéria, 2 bureaux, 1 logement possible pour les stagiaires et 1 pôle gériatrique.
- CDD 3 ans, renouvelable 1 fois, puis CDI.
- 35 heures hebdomadaires annualisées.
- Rémunération selon grille des praticiens hospitaliers.
- Poste à pourvoir pour le 3^{ème} trimestre 2019.

L'installation du médecin avec sa famille (démarches administratives, recherche de poste pour le conjoint, etc.) fera l'objet d'un accompagnement.

L'installation du médecin avec sa famille (démarches administratives, recherche de poste pour le conjoint, etc.) fera l'objet d'un accompagnement.

L'installation du médecin avec sa famille (démarches administratives, recherche de poste pour le conjoint, etc.) fera l'objet d'un accompagnement.

L'installation du médecin avec sa famille (démarches administratives, recherche de poste pour le conjoint, etc.) fera l'objet d'un accompagnement.



Pour tout renseignement, contacter
Christophe CLEMENT,
responsable du CIS au 05 65 41 70 73
ou
christophe.clement@cc-cazalsalviac.fr



Recherche

Un médecin généraliste (H/F)

LA COMMUNE DE BASSAN



Située entre Méditerranée et Cévennes, à 8 km de Béziers, 30 km de Narbonne, 21 km de Pézenas et 60 km de Montpellier, proche (15 km) de deux accès autoroutiers (A9, A75).

La commune compte : 1 pharmacie, 1 cabinet qui comprend 2 médecins généralistes, 2 kinés, 1 dentiste, 1 ostéo, 2 orthophonistes et 6 infirmier(e)s libéraux.

Contact : Alain Biola Maire - Mail : alain.biola@orange.fr

Tél. : 04 67 36 10 67 / 06 10 86 94 11



Filieris

la santé en action

ATTIRÉ(E) PAR LE TRAVAIL EN ÉQUIPE ? BESOIN DE CHANGER D'AIR ? ENVIE DE PLUS DE TEMPS AVEC VOS PATIENTS ?
Le salariat, certains en rêvent... Les autres s'installent dans nos centres de santé.

Nous recrutons des médecins généralistes pour renforcer les équipes pluridisciplinaires de nos centres de santé du Gard.
Statut salarié(e) en CDI temps plein/partiel.

Nos centres sont idéalement situés :

- au pied des Cévennes, pour les amoureux de la nature ;
- à 1 heure des plages du Gard ;
- à 1h de Nîmes et 1h30 de Montpellier pour les plus urbains.



PROFIL RECHERCHÉ

- ✓ Professionnel thésé inscrit à l'Ordre des médecins
- ✓ Rémunération attractive (fixe + part variable selon activité)
- ✓ D.U apprécié.



Retrouvez l'interview
d'un de nos médecins généralistes.

En savoir plus :

[f](#) [in](#) [yt](#) [Filieris.fr](#)

Les PLUS Filieris

- + temps rémunéré, dédié à la prévention et à des actions de santé publique ;
- + temps de secrétariat dédié ;
- + possibilité d'hébergement ;
- + mutuelle d'entreprise ;
- + prestations comité d'entreprise (chèques-vacances, chèques cadeaux, prestations rentrée scolaire...).

CONTACT

Dr Aimé MOHR
Mail : aime.mohr@filieris.fr
Tél : 06 81 86 66 40

COMMUNE DE BRETTEVILLE DU GRAND CAUX SEINE MARITIME

située à 30 km du Havre, 15 km d'Étretat, 12 km de Fécamp

RECHERCHE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Le local appartient à la Commune, tout le matériel nécessaire à exercer est mis gracieusement à la disposition du médecin.

La population de Bretteville et des environs est estimée à 2 500 habitants.

La Commune accueille 2 kinés, 4 orthophonistes, 2 psychologues, 2 infirmières, 1 ostéopathe, 2 sages-femmes.

Une résidence SENIORS de 12 logements est prévue pour 2021 et la construction de 142 logements dans les 12 années à venir.



Contact

Mairie : ☎ 02 35 27 70 27

✉ mairie.bretteville@wanadoo.fr

M. BLONDEL (Le Maire) :

☎ 06 77 93 36 94



SSR & NUTRITION LES JONQUILLES

À proximité du Havre - Bord de Mer - 76 600
Tél. : 02 32 79 66 25 / Fax : 02 32 79 60 96

RECHERCHE H/F

Médecin

Généraliste ou Endocrinologue ou Nutritionniste

74 lits SSR dont 20 lits « affection des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien »
10 lits d'Hôpital de Jour « affection des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien »

Poste temps plein ou temps partiel en CDI.
Possibilité de logement temporaire.
Participation au roulement des astreintes.



Pour plus de renseignements, merci de prendre contact avec
Mme DONNET (Directrice) au 02 32 79 66 29 ou par mail : pdonnet@roseraie.fr



Le Centre Hospitalier Aunay-Bayeux (CHAB), couvrant tout le spectre de l'hospitalisation classique : MCO SSR Psychiatrie USLD Urgences-SMUR, recherche

MÉDECIN GÉNÉRALISTE H/F pour compléter la couverture d'un de ses services de médecine polyvalente

Equipe de 2 praticiens dans le service et de 6 praticiens sur la même activité, avec interventions de spécialistes en deuxième niveau dans les différentes unités.

Le site d'exercice est situé à Bayeux, ville touristique à 25 minutes environ de Caen par voie express. L'établissement y dispose d'un plateau technique complet (Scanner IRM, laboratoire, bloc opératoire, réanimation, USC...) et d'une communauté médicale diversifiée et dynamique.

Merci d'adresser votre candidature par courrier à Mr Olivier FERRENDIER (Directeur)
30 rue de Nesmond - 14400 BAYEUX ou par mail à : sec.direction@ch-ab.fr

www.ch-bayeux.fr





**RECHERCHE
URGENT**

COMMUNE DE ST YZAN DE SOUDIAC (33)

2400 H 30 minutes de Bordeaux

MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Pour son cabinet médical

Mr le Maire
05 57 58 91 10



SAINT MÉDARD DE GUIZIÈRES

Commune attractive à 1h30 de l'Océan, du Bassin d'Arcachon et de Royan, recherche

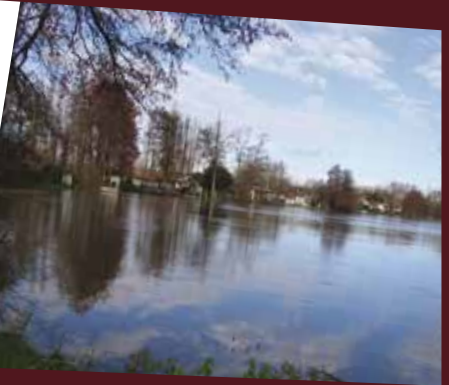
Un(e) médecin généraliste libéral(e)

Saint Médard de Guzières est une commune de 2430 habitants située en zone rurale au bord de la rivière Isle. Elle dispose de tous les services à la vie quotidienne à savoir : 2 écoles, publique et privée avec respectivement 200 et 700 élèves, une supérette, boulangeries, pâtisserie, tabac presse, coiffeurs, boucherie, esthéticienne, pharmacie, restaurants, un marché le vendredi matin sous la halle, une agence postale communale... Elle est proche de Libourne et St Émilion (19 kms) et à 50 kms de Bordeaux. Nombreux arrêts ferroviaires (16/jour) en direction de Bordeaux et Périgueux. Accès autoroute 5 mns.

Nous recherchons un(e) médecin généraliste libéral(e) afin d'étoffer le réseau existant composé de 3 généralistes. Il y a également 7 infirmiers, un dentiste, une psychologue, une orthophoniste, 2 kinésithérapeutes, une ostéopathe, 1 réflexologue plantaire.

La patientèle est variée (pédiatrie, personnes âgées...)

Un cabinet médical est disponible.



Pour tous renseignements ou candidature :

Contactez **Mme Le Maire** au **05 57 56 45 45** - Par mail à mireille.conte@wanadoo.fr - Site de la commune : www.saintmedarddeguizieres.fr

FOULAYRONNES

Recherche MÉDECINS et FUTURS MÉDECINS



Dans le cadre de son développement de l'offre médicale, la commune de Foulayronnes recherche des médecins généralistes.

Rejoignez une équipe de professionnels présents sur la commune (kinésithérapeutes, dentiste, infirmières, sage-femme, pharmacien...), avec à proximité un hôpital, Smur, école, lycée, commerces...

La Municipalité met à disposition des locaux et peut proposer du matériel médical également.

La liberté d'une installation réussie c'est à Foulayronnes (47), une commune de 5600 habitants au nord d'Agen où il fait bon vivre.



Contact Tél. : **05 53 95 92 91** - mairie@ville-foulayronnes.fr



PÉRIGNAC

Belle commune de la Petite campagne du Cognac à une heure de l'océan Atlantique recherche

Un(e) médecin généraliste libéral(e)

Pérignac est une commune d'un millier d'habitants située en zone rurale disposant de tous les services nécessaires à la vie quotidienne à savoir un bureau de poste, une école (plus de 100 élèves), un centre de secours et de nombreux commerces (supérette, boulangerie, tabac-presse etc.). Elle est à proximité de Cognac, Jonzac, Saintes et 40 km de Royan (accès au littoral Atlantique).

Dans le cadre d'un projet de création de maison de santé sur la commune, nous recherchons un médecin généraliste afin d'étoffer l'équipe existante composée de deux médecins généralistes, deux

infirmières libérales, deux chirurgiens dentistes et une pharmacie.

La patientèle est variée (pédiatrie, patientèle âgée également, maintien à domicile avec SAAD et SIAVS, suivi gynécologique). Il y a peu de visites à domicile (sauf réunion avec infirmiers et patients dépendants).



Pour toute candidature, contacter la mairie de Pérignac au **05 46 96 41 95** - mairie@perignac17.fr - www.perignac17.fr



PIPRIAC 35550

Commune de 4000 habitants (sur un bassin de vie de 7000 habitants)
à 25 minutes de Rennes en 2x2 voies



RECHERCHE

3 NOUVEAUX MÉDECINS

(cause départ en retraite)

Pour Pôle de santé organisé en SISA, avec logiciel WEDA partagé et temps de staff organisés et rémunérés, secrétariat commun.

Avec équipe pluridisciplinaire actuelle de 30 professionnels de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, diététiciennes-nutritionnistes, pharmaciens, ostéopathes et psychologue).

Cabinets totalement équipés (matériel et informatique) situés dans la maison de santé pluridisciplinaire. Locaux modernes et agréables, loyer et charges très modérés (env. 390 € par mois).

Convivialité, locaux collectifs (salle de réunion et de restauration, logement possible, ...).

Situé en zone d'intervention prioritaire (ZIP). 50 000 € d'aide à l'installation, garantie de rémunération de 6 900 €/ mois sur 2 ans, exonérations diverses...

Patientèle importante, fidélisée, variée et sympathique + EHPAD (95 lits) + FAM (40 résidents). Statut salarié possible.

COORDONNÉES

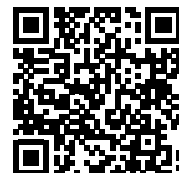
Les médecins :

Sophie : **06 88 95 48 20** et Michel : **06 81 99 73 29**

Le secrétariat :

02 99 34 42 09

Email : contact.sisa-pipriac@laposte.net



MAIRIE
DE
SAINT-MARTIN-SUR-OUST



LA COMMUNE DE SAINT MARTIN-SUR-OUST (MORBIHAN)

RECHERCHE

Un ou deux Médecins Généralistes

Situé dans le Grand Site Naturel de la Basse Vallée de l'Oust, près du canal de Nantes à Brest, Saint-Martin-sur-Oust est un village rural et touristique de 1378 habitants.

A 40 minutes de Vannes, 1 heure de Rennes et 20 minutes de Redon, la commune accueille de nombreux commerces (boulangerie, supérette, restaurants, boucherie-charcuterie, salons de coiffure, garage) et est le siège d'associations culturelles, sportives et de loisirs dynamiques. Outre une école privée localisée sur Saint-Martin-sur-Oust, collèges et lycées sont situés à 10 minutes.

Au sein de sa maison médicale communale ouverte depuis 1 an, accueillant déjà un dentiste, des infirmiers libéraux et un médecin généraliste proche du départ à la retraite, la commune cherche un ou deux médecins généralistes pour le remplacer. L'offre de santé est complétée par une pharmacie et un domicile partagé pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (8 résidents).

Studio attenant à la maison médicale disponible.



CONTACTS

Jean-Luc MADOUASSE (Maire)

02 99 91 55 76

st-martin-oust@wanadoo.fr

Dr Pierre BUSQUET - 02 99 91 54 65

La mairie d'avoudrey recherche un médecin généraliste libéral pour son nouveau pôle médical



Située dans un bassin de vie de plus de 2500 habitants, Avoudrey (département du Doubs) est riche d'une activité de plus de 700 emplois avec des entreprises de renommées nationales : pays de la charcuterie en Franche-Comté avec l'entreprise Amiotte, des bracelets montres, de la maroquinerie (MDA & SIS) et du fromage Comté avec la Société des Affineurs francs-comtois réunis. Ces PME dynamiques pérennisent l'activité sociale, culturelle et économique de notre commune de 930 habitants.

CONTEXTE

Lutter contre la désertification médicale en renforçant les services de santé dans notre commune à fort potentiel : création de 60 maisons individuelles sur les huit dernières années, d'une Maison des Services avec son pôle enfance regroupant une crèche de 12 places et le périscolaire mis en service en 2013, ainsi qu'une nouvelle entreprise de plus de 300 emplois actuellement en cours d'installation. Un tissu local de santé est déjà présent sur notre territoire avec deux cabinets d'infirmières et une pharmacie.

PROJET MÉDICAL

La commune finalise la construction d'un pôle médical performant de 400 m² accessible aux personnes à mobilité réduite afin de regrouper tous les professionnels de santé. Ce projet permettra de dynamiser notre bassin de vie.

CONDITIONS IDÉALES D'INSTALLATION

Loyer modéré de 250€/mois (charges comprises), studio fonctionnel neuf au sein de la structure pour le médecin de garde, place de parking couverte et réservée. Patientèle importante garantie.

Pour toute candidature, contacter Joël Barrand (maire) au **03 81 43 22 83 - 06 71 04 76 77 - mairie.avoudrey@wanadoo.fr**

www.portes-haut-doubs.com





LA COMMUNE DE TIGY (LOIRET) RECHERCHE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

(Possibilité d'installation pour deux nouveaux médecins)



Tigy et ses professionnels de santé

La commune de Tigy (Loiret), située à 30 minutes de la métropole d'Orléans, est sise à cheval sur la Sologne et le Val de Loire. Ses 2400 habitants bénéficient d'une couverture médicale assurée par deux médecins, un cabinet d'ostéopathie, un cabinet dentaire, un cabinet de kinésithérapie, deux cabinets infirmiers, une pharmacie. Une association de soins infirmiers à domicile intervient sur le territoire communal, ce qui permet d'assurer une complémentarité avec l'association d'aide à domicile locale qui répond, en particulier, aux besoins d'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

L'accueil de nouveaux médecins

Le cabinet médical du Docteur Daligaux, situé au centre du village, est parfaitement équipé pour accueillir un ou deux nouveaux médecins, assistés par un secrétariat existant. La possibilité pour les médecins de travailler en équipe, en un même lieu, constitue un atout indéniable, aujourd'hui recherché par les médecins qui s'installent.

Conditions d'installation

La commune de Tigy étant située en zone d'intervention prioritaire, l'installation d'un nouveau médecin est accompagnée par une aide financière de l'Agence Régionale de Santé (ARS) ainsi que par les aides de l'Assurance Maladie et du Département du Loiret.

A ces aspects liés aux conditions d'installation (maillage de la couverture médicale, accueil dans un cabinet existant, aide à l'installation), il convient d'ajouter des éléments d'information relatifs à la commune elle-même : une démographie en accroissement, une scolarité de la petite section de maternelle à la troisième du collège de Tigy, des services périscolaires (garderie, accueil du matin et du soir, centre de loisirs, Espace Jeunes), un nombre croissant de commerces, un artisanat actif et une vie associative dynamique.

Être médecin à Tigy

S'installer en tant que médecin à Tigy mérite d'être considéré comme une solide opportunité d'exercice de médecine libérale généraliste au sein d'un équipement médical cohérent, soucieux d'assurer une couverture médicale équilibrée.

Être médecin et venir s'installer à Tigy est aujourd'hui un beau projet qui rencontrera l'écoute attentive de la municipalité et du médecin accueillant, soucieux d'assurer à la population un cadre de vie et une couverture médicale de qualité.



Mairie de Tigy : 32, rue de Sully - 45510 TIGY
Tél. : 02 38 58 00 49 - Courriel : accueil@tigy.fr - Site : www.tigy.fr

Cabinet du Dr Daligaux : 1 Place Raboliot - 45510 TIGY
Tél. : 02 38 58 14 00 - Courriel : cabinet.med-tigy@orange.fr



Le groupe Colisée est un acteur de référence de la prise en charge globale de la dépendance qui a développé une expertise au service du bien-être des personnes âgées avec plus d'une centaine d'Établissements en France.

Résolument tourné vers l'innovation, le groupe Colisée met l'accent sur le développement de son réseau, tout en restant fidèle à ses valeurs : Cohésion d'Équipe. Respect de l'autre. Engagement.

Au cours des derniers mois nous avons déployé la méthode Montessori adaptée à l'accompagnement des Seniors et lancé notre propre réseau social Mycolisée à destination des résidents, de leurs proches et de nos collaborateurs.



Nous recherchons pour la résidence du Château du Haut Venay, Ehpad de 112 lits, située à Saint Lubin des Joncherets (28) à 15 kilomètres de Dreux,

UN MÉDECIN COORDONNATEUR (H/F)

En qualité de Membre du Comité de Direction, vous apportez une réelle plus-value à la vie de la résidence. Vous avez en charge notamment l'étude des dossiers d'admission, la coordination des équipes soignantes, les rencontres avec les familles. Vous avez un rôle pédagogique auprès

de l'équipe soignante (intervention sur des thèmes), et participez à l'élaboration des projets de soin des résidents (projet personnalisé par résident).

Poste en CDI à temps partiel (21 heures/semaine) à pourvoir dès le 01 février 2019.

Rémunération : convention collective CCU.

Merci de contacter Mme GONCALVES, directrice de la Résidence au 02 32 58 00 94 ou par mail : m.goncalves@groupecolisee.com

LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES

900 lits et places, plateau technique incluant scanner et IRM, cardiologie interventionnelle et UNV est un établissement pivot du territoire de santé du Cher. Bourges, très belle ville de caractère (agglomération de plus de 100 000 habitants) est idéalement située par autoroute et par train : 2h de Paris, 1h d'Orléans et 2h du Massif central

NOUS RECHERCHONS H/F

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE pour l'unité d'oncologie médicale

Le CH de Bourges est autorisé pour le traitement des cancers, membre du réseau régional OncoCentre. Un nouveau service d'hématologie-oncologie est prévu au projet d'établissement 2016-2020. L'activité de cancérologie est structurée dans le cadre d'un Centre de coordination en cancérologie (3C) autour de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) locales et régionales de recours et du dispositif d'annonce. L'équipe médicale actuelle est composée de 2 hématologues temps plein, de 2 oncologues temps plein et d'1 oncologue-radiothérapeute temps partiel. La structure actuelle est composée d'une unité d'hospitalisation complète de 15 lits (dont 3 identifiés soins palliatifs) et d'un hôpital de jour de 15 places. Le nouveau praticien participera, notamment, à la création du nouveau service, à la prise en charge des patients hospitalisés, à la permanence des soins et au développement des coopérations avec les autres établissements du CHER. Participation aux contraintes communes avec l'unité d'hématologie.

Renseignements : Docteur MAAKAROUN, abdallah.maakaroun@ch-bourges.fr / Dr El Bourachdi, tarik.elbourachdi@ch-bourges.fr

Adressez votre candidature à la direction des affaires médicales : marie.pintaux@ch-bourges.fr - audrey.aulibert@ch-bourges.fr
Tél 02.48.48.48.66

www.ch-bourges.fr





GRENOBLE Centre, Médecins 7/7

RECHERCHE PLUSIEURS MÉDECINS GÉNÉRALISTES



Cabinet de Soins Non Programmés (double activité, gardes + médecine générale), travail d'équipe (toujours 3 à 4 médecins).

Conditions de travail confortables, personnel d'accueil, médecin déchargé de toutes tâches administratives. Activité et patientèle variée (idéal pour formation), « souplesse » du planning.

Plusieurs types de contrats proposés :

REPLACEMENT LIBÉRAL (plusieurs formules intéressantes).

OU SALARIÉ (à partir de 6 000 Euros Brut pour un temps plein).

Proposition sur un weekend ou une semaine possibles, participation aux frais d'hébergement.

Contact : 06 22 83 62 60



LA COMMUNE DE BEAUMONT-MONTEUX
Située au nord du département de la Drôme

recherche 1 MÉDECIN GÉNÉRALISTE LIBÉRAL

> 1 cabinet neuf et meublé, disponible dans un pôle santé regroupant des infirmières, un ostéopathe et un médecin généraliste déjà en place.

> Location mensuelle à 200 €.

> Aide à l'installation.

> A 10 min de la gare TGV de Valence et autoroute A7.

> Bassin de vie représentant environ 170 000 hab.

Auvergne - Rhône Alpes

Contact :

M. Sénéclauze

Maire de Beaumont-Montoux

04 75 84 62 11

06 21 03 14 80

contact.mairie@beaumontmontoux.fr

Site web : www.beaumontmontoux.fr

Clip de la commune :

<http://www.beaumontmontoux.fr/sante>



La Commune, Station Touristique et Thermale de LA VÔGE-LES-BAINS

RECHERCHE 1 À 2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES suite à départs en retraite

Libéral ou salarié de la commune, seul(e) ou en équipe pluridisciplinaire, venez choisir, construire le mode d'exercice qui vous convient. La commune vous accompagne.

Situation géographique et Bassin de Vie

Située au Sud des Vosges, à 30 km -30 mn- d'EPINAL (Préfecture), REMIREMONT et LUXEUIL-LES-BAINS, LA VÔGE-LES-BAINS (1815 habitants) est le bourg-centre d'un bassin de vie de 5 000 habitants. Elle est distante de 85 km (route : 1h15) de la Métropole du Grand NANCY, de 385 km de PARIS (route : 3h45 - TGV : 1h30).

Station touristique et thermale

Première station thermale des Vosges (cures médicalisées) dotée de 2 indications thérapeutiques (« cœur-artères » ; « rhumatismes »), elle accueille plus de 5 000 curistes par an.

Commerces et Services de proximité

Maison et Réseau d'Assistantes Maternelles, Ecoles, Collège, Lycée Professionnel, EHPAD, Poste, Banques, Commerces de proximité et grande surface, Gendarmerie, Centre de secours principal, Office de Tourisme.

CONTACT :

Frédéric DREVET 06 09 90 31 74 – frederic.drevet@gmail.com

Nathalie CHAON 03 29 36 34 29 – mairie.la.voge.les.bains@orange.fr

Loisirs

Cinéma, Médiathèque, Gymnase, Stade, Tennis, Aire de jeux, sentiers pédestres, équestres, Vélo-route, VTT, Canal de l'Est, base de loisirs (6 km ; piscine), station de ski (1h), patinoire (1/2h), Réseau associatif dense.

Accessibilité/transport

Lignes de bus, gares SNCF (4 km : EPINAL/BELFORT ; 30 km : EPINAL/PARIS et autres), sociétés de taxi.

Réseau Santé existant

Bassin de vie :

- 2 médecins, 2 pharmacies, 2 dentistes, 4 IDE, 4 kinésithérapeutes, 1 orthophoniste.

Centres hospitaliers :

- CHU NANCY (50 mn) ; CHU REMIREMONT (20 mn) ; CH EPINAL (20 mn).

Locaux professionnels

Au sein d'un Pôle de Santé/MSP.

Mise à disposition gratuite pendant 2 ans.

Hébergement personnel

Mise à disposition gratuite pendant 2 ans d'un appartement.



Poste disponible à partir du 01/04/2019

Un ETP DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

(statut Praticien Hospitalier)



VACANCE DE POSTE

Etablissement de Santé regroupant :

- 88 lits de Psychiatrie Générale
- 20 lits d'addictologie
- 25 lits USLD
- 75 lits EHPAD

FONCTIONS

- Prise en charge somatique des patients hospitalisés en service de **psychiatrie générale**.
- Participation à la permanence des soins sur l'ensemble de l'établissement (participer à la présence médicale sur l'établissement, nuits et week-end avec les autres Praticiens Psychiatres et Généralistes).

Dr LEFORT Anéila (Chef de Service) : 04 92 65 56 90 - aneila.lefort@chbd-laragne.fr
 Secrétariat de Direction : 04 92 65 51 20 - direction@chbd-laragne.fr

Centre Hospitalier
BUËCH-DURANCE

HAUTES-ALPES - 05300 LARAGNE
(entre Sisteron et Gap)

RECHERCHE pour Cession,
Association/collaboration, remplacement, salariat



MÉDECIN(S) GÉNÉRALISTE(S) H/F

Belle activité, patientèle fidèle, familiale, activités variées, communes rurales dynamiques du bocage vendéen, population jeune, plein emploi, offrant un cadre de vie agréable (collèges, lycées, piscine, commerces...), situées à 20 min de LA ROCHE-SUR-YON et du PUY du Fou, 15 min de Montaigu, 40 min de NANTES et 45 min du bord de mer. Proche du nœud autoroutier des ESSARTS et de Boufféré. Médecins maîtres de stage.

Charges faibles, secrétariat de 8h à 17h sur place, dossiers informatisés en réseau, horaires de travail aménageables.

Environnement médical et paramédical important avec association des professionnels de santé et projet de santé, aide à l'installation par l'ARS et soutien de la communauté de communes en matière d'équipement.



Contact : **Françoise Rigaudeau - 02 51 41 88 72 / 06 82 84 12 87**
direction.ciaspaysfulgent@orange



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



Bien choisir son DPC et s'inscrire en un clic !

Consultez notre offre de programmes DPC en présentiel ou en distanciel. Le département de FMC de la Faculté de Médecine Sorbonne Université est enregistré Organisme de DPC par l'Agence Nationale du DPC.

- ▶ Améliorer votre pratique professionnelle au quotidien
- ▶ Faire le point sur la recherche et ses applications en participant à des actions DPC conçues et animées par les professeurs de médecine des hôpitaux Pitié-Salpêtrière, Saint-Antoine, Tenon, Trousseau, Rothschild, Charles Foix, Jean Rostand, Quinze-Vingts
- ▶ Renforcer vos liens professionnels avec les structures hospitalières et vos confrères
- ▶ Les DPC sont financés par l'ANDPC
- ▶ Le site regroupe l'ensemble de notre offre DPC pour les médecins, les orthophonistes, les infirmiers
- ▶ Simple d'utilisation, dans l'onglet « Nos programmes », vous trouverez une fiche descriptive de chaque DPC comprenant le résumé, les intervenants, les dates et le lieu des sessions

Inscrivez-vous
sur
dpc.upmc.fr

