

# JEUNE!MG

Le Bulletin des Jeunes Médecins Généralistes

Snjmg

N°26  
Avril 2020



## Mobilisation des internes Hiver 2019-2020



# INTERNÈS L'ANNÉE S'ANNONCE BIEN!



\* Voir conditions en agence.

[lamedicale.fr](http://lamedicale.fr)



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

ÉDITORIAL

P. 05

**BUGS MULTIPLES AUX CHOIX  
DE STAGES D'OCTOBRE 2019 !**

P. 06/24

## **Hôpital de Mulhouse et choix de Strasbourg**

**Hôpital de Mulhouse** : La crise aux urgences met les internes et les patients en danger

**Internes aux urgences de l'hôpital de Mulhouse** : Non au coup de force de l'ARS !

**Internes aux Urgences de l'Hôpital de Mulhouse** : Sortie de crise

**Problème à l'hôpital de Mulhouse**

**Cas clinique**

## **Choix de stages de Paris – Île-de-France**

**Le comportement inacceptable de l'ARS !**

**Organisation d'un vote pour ou contre la grève des IMG**

**Point juridique au lancement du vote pour ou contre la grève**

**Les IMG votent la grève !**

**Après le vote de la grève**

**Echec des tentatives de résolution de la crise avant la nouvelle convocation aux choix**

**Les syndicats de médecins libéraux aux cotés des IMG en grève !**

**Grève des IMG et blocage des choix de stages !**

**Vote de la levée du blocus**

**Internes de médecine générale d'Île-de-France** : Fin de la grève

**MOBILISATION NATIONALE DES INTERNES  
DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE**

P. 25/31

**Grève des internes** : Les revendications et modes d'actions du SNJMG

**Journée de mobilisation des hospitaliers et des internes (17 décembre 2019)**

**Médecins remplaçants non thésés** : Les revendications du SNJMG à l'occasion de la grève des internes

**Information sur les cotisations 2020 retraite/prévoyance pour les remplacements avant la thèse**

**Journée de mobilisation des internes (20 janvier 2020)** : Les jeunes médecins généralistes rappellent leurs revendications

**Mobilisation pour l'hôpital et grèves des internes de médecine**

**(14 février 2020)** : Les jeunes médecins généralistes défendent un système de santé efficient et accessible à tous !

**Voici, le bilan analytique que le SNJMG tire de la mobilisation des internes à la veille d'une nouvelle journée de mobilisation pour l'hôpital et le système de santé**

**DEMANDES D'ARTICLES AUX COUPS DE POUCE**

P. 32/43

**Thèse d'Hervé FOKA TICHOUÉ** : Étude des freins à l'appropriation de la Prophylaxie

Pré-Exposition au VIH (PrEP) en soins premiers. Enquête auprès de médecins généralistes dans le département de la Seine-Saint-Denis

**Article de Marie THAZARD et des docteurs Pierre FRANCES et Aurélie TOMEZZOLI** :

Pénurie de masques chirurgicaux : quelles solutions ?

**ANNONCES DE RECRUTEMENT**

P. 45/47

**JEUNEIMG | N°26 | Avril 2020**





Cet édito, introduisant le numéro consacré aux mobilisations des internes, devait être le premier souffle d'un vent de ralliement des forces vives et des braises du changement en santé que le SNJMG a identifié comme étant son enjeu stratégique pour 2020.

Hélas le coronavirus et sa chape de confinement a étouffé pour quelques semaines ce brasier. Nous sommes nombreux à avoir sous-estimé, non pas la gravité du virus, mais la pertinence d'une lecture politique et sociale d'une telle crise sanitaire. Si nous avons pu suivre l'actualité et échanger avec les tutelles, nous n'avons pas su anticiper tous les enjeux et proposer des formes de mobilisation résilientes.

La gestion de l'épidémie relève de plein droit des organismes de santé publique et du gouvernement, que nous sommes amenés à soutenir chacun.e au mieux de nos compétences. En tant que syndicat, c'est cependant après la crise que notre travail sera le plus important.

Ensemble, assurons-nous que cette catastrophe soit riche d'enseignements et que collectivement, à l'instar du Président, nous puissions « interroger le modèle de développement dans lequel s'est engagé notre monde depuis des décennies et qui dévoile ses failles au grand jour ».

**Benoît BLAES**

Président du SNJMG

Organigramme du  
**SNJMG**

**Président** : Benoît BLAES

**Secrétaire Générale / Chargée de missions « Internes »** : Francesca STELLA

**Trésorière** : Sayaka OGUCHI

**Chargé de mission « Internet et Outils numériques »** : David AZERAD

**Chargé de missions réseaux sociaux et communiqués de presse** :

Pierre MARTIN (membre associé)

**Chargée de missions Formation Thèses** : Aurélie TOMEZZOLI

**Indépendance professionnelle & Réseaux sociaux** : Emmanuelle LEBHAR

**Chargé de mission « Privés de Thèse »** : Arnaud DELOIRE

**Chargée de mission « remplaçant-e-s »** : Thomas LE BERRE

**Chargé de mission « santé mentale »** : Florian PORTA BONETE (membre associé)

**Chargé de mission en Discriminations en Santé & Réseaux sociaux** : Julien ARON (membre Associé)

**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.

## → Hôpital de Mulhouse et choix de Strasbourg

### Hôpital de Mulhouse :

### La crise aux urgences met les internes et les patients en danger

Depuis lundi 30 septembre 2019, les 17 internes en médecine officiant au service des urgences de l'hôpital de Mulhouse sont **tou-te-s en arrêt de travail (de une semaine à un mois) pour épuisement professionnel.**

Cette situation exceptionnelle n'est pas étonnante, ce service souffre depuis de long mois de conditions de travail difficiles. **Au point que, suite à des démissions en série, il ne reste plus que 7 médecins titulaires sur un effectif théorique de 34 praticiens** (en une année, le service est passé de 26 postes de médecin équivalent temps plein, à 9).

Cette raréfaction de la présence de médecins titulaires entraîne automatiquement une carence dans la réponse médicale aux patients se présentant aux urgences et laisse les internes trop souvent seuls, en première ligne.

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) pionnier de la revendication du repos de sécurité et de la diminution du temps de travail des internes tient à exprimer son soutien à ses collègues en souffrance à Mulhouse.

Le SNJMG rappelle que selon la loi, les services hospitaliers qui accueillent des internes, praticiens en formation, doivent pouvoir fonctionner indépendamment de la présence des internes.

Le SNJMG qui a déjà obtenu par voie judiciaire le retrait d'agrément d'un service d'urgences hospitalières qui ne respectait pas le statut de l'interne se tient à la disposition des internes de Mulhouse pour les aider à faire respecter la législation en vigueur.

Le SNJMG rappelle aux hôpitaux, aux facultés de médecine, aux Agences Régionales de Santé (ARS) et à l'Etat que les internes ne doivent pas constituer une variable d'ajustement, corvéable à merci, vis-à-vis des difficultés démographiques du système de santé.

**Le SNJMG**

## Internes aux urgences de l'hôpital de Mulhouse : Non au coup de force de l'ARS !

Les choix de stages hiver 2019-2020 des internes de médecine de la subdivision de Strasbourg n'auront pas lieu cette semaine.

Les syndicats locaux d'internes en accord avec le département universitaire de Médecine Générale et avec la compréhension de la Faculté de médecine, avaient demandé à ce que aucun poste d'internes ne soient ouvert à Mulhouse du fait du manque d'encadrement : le 1<sup>er</sup> octobre,

les 17 internes intervenant actuellement dans ce service étaient tou-te-s en arrêt de travail pour épuisement professionnel.

Hélas, l'Agence Régionale de Santé (ARS) - Grand Est, passant outre les conclusions de la commission de répartition de stages du

24 septembre 2019, a ouvert dans ce service 19 postes d'internes dont 17 réservés à des internes de premier semestre : non seulement, l'ARS persiste à placer des internes dans des conditions inacceptables de travail/formation, mais elle y envoie essentiellement les moins formés/expérimentés d'entre eux/elles !

Bien évidemment, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) est aux côtés des syndicats locaux d'internes pour condamner ce mépris administratif et soutient leur revendication de redistribuer ces postes sur

des services de médecine d'urgence capables de former des internes tout en respectant la législation les concernant.

Le SNJMG appuie donc leur interpellation des ministères concernés (Santé, Enseignement Supérieur) et attend des ministères qu'ils adressent un rappel à la loi à l'ARS Grand Est. En l'absence de réponse, le SNJMG envisagera tous les recours possibles pour éviter que le 4 novembre 2019, une vingtaine d'internes ne soient utilisés, hors de tout cadre réglementaire, comme « chair à canon » pour pallier les difficultés de fonctionnement d'un service hospitalier.

**Le SNJMG**

## Internes aux Urgences de l'Hôpital de Mulhouse : Sortie de crise

C'est finalement ce vendredi 18 octobre 2019 que les internes de Strasbourg vont choisir leur stages hospitaliers pour le semestre d'hiver... avec 11 postes proposés aux urgences de Mulhouse.

Suite à la tentative de passage en force de l'ARS Grand Est, les choix du 7 octobre 2019 avaient été reportés.

Le 8 octobre 2019, une réunion entre les syndicats locaux d'internes, l'ARS, la direction du GHRMSA et le département de médecine générale de la Faculté avait débouché sur un protocole de sécurisation de l'accueil des internes aux urgences de Mulhouse, protocole validé le lendemain 9 octobre 2019 par les internes de médecine générale de Strasbourg, réunis en assemblée générale extraordinaire.

Suite à ce vote, l'ARS s'est engagée dans un mail en date du samedi 12 octobre 2019 adressé aux représentants des internes et à la Faculté de Médecine, à fournir ce lundi 14 octobre 2019 au soir la signature du protocole de sécurisation et un planning nominatif prouvant notamment la présence chaque jour de sept médecins seniors dédiés à l'accueil des patients dans les différents secteurs du service des urgences de Mulhouse.

Finalement, l'ARS Grand Est a communiqué tous ces documents le 15 octobre 2019, avec quelques « trous » dans le planning des seniors

mais avec l'engagement, partagé par le nouveau chef de service, de les combler d'ici l'arrivée des nouveaux internes le 4 novembre 2019.

Même si la meilleure solution reste qu'il n'y ait eu aucun poste d'internes proposés aux choix pour le semestre d'hiver 2019, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) estime que les syndicats locaux d'internes (Syndicat autonome des internes des hospices civils de Strasbourg et Syndicat autonome des résidents de la région Alsace - internes en médecine générale) ont bien négocié les impératives mesures de sauvegarde : pas de garde le premier mois, répartition dans les 7 jours de tous les internes sur d'autres services d'urgences si problème... De plus, grâce au principe d'inadéquation obtenu suite à la grève nationale de 2014, beaucoup d'internes gardent la possibilité de ne pas choisir ce stage pour ce semestre d'hiver...

En tout état de cause, le SNJMG reste à la disposition des internes de Médecine Générale de Strasbourg pour toute demande d'aide.

**Le SNJMG**

## Problème à l'hôpital de Mulhouse par le Docteur Pierre Frances

### Les urgences de Mulhouse, une tension en voie de généralisation ?

#### Développement

Depuis quelques semaines l'attention des professionnels de santé se concentre sur la situation d'un service qui est à l'origine de nombreuses réactions et de prises de position ; celui des urgences du CH de Mulhouse.

#### Un déficit majeur !

Le premier point, qui est à l'origine de cette problématique au sein d'un service des urgences, est celui des démissions successives des urgentistes à l'origine d'un dysfonctionnement majeur de l'unité.

Combien de praticiens, politiques ou concitoyens, se sont posés les questions des raisons qui ont conduit à cette fuite des urgentistes ?

Pas beaucoup, car derrière cette désaffection se cache une réalité : la gestion du quotidien de cette unité.

Il est triste de voir qu'aucun journaliste n'est allé à la rencontre des urgentistes de cet hôpital pour avoir plus de précisions sur les raisons de cette « crise ».

Toujours est-il que la situation devient intolérable car le directeur de l'ARS de la région a proposé de sanctionner les urgentistes démissionnaires.

#### Et les internes alors !

En parallèle à cette situation, les étudiants en médecine ont décidé de se mettre en grève au sein de ce service.

Une nouvelle fois, nous devons nous poser des questions concernant « ce choix » :

- ⊗ Les internes ont-ils décidé de ne plus assurer la gestion des urgences car leur nombre est trop faible ?
- ⊗ Les internes ne refusent-ils pas de travailler sans avoir une supervision de qualité ; laquelle ne peut être effectuée lorsqu'il existe un tel déficit ?

Au-delà de ces questions, nous ne pouvons que soutenir nos futurs collègues (la plupart seront des généralistes) qui sont souvent des variables d'ajustement indispensables pour le fonctionnement des services d'urgence.

Il ne faut pas oublier qu'avec la nouvelle maquette, le stage au sein d'un service d'urgence est effectué pour les généralistes en 7<sup>ème</sup> année (1<sup>er</sup> contact avec la réalité du métier).

Comment peut-on accepter que des jeunes étudiants qui n'ont jamais pratiqué auparavant puissent être confrontés souvent seuls (la supervision est difficile parfois à réaliser en cas de pénurie) à des patients que les généralistes de ville ont envoyé en hospitalisation car ils ne pouvaient pas les gérer ?

#### Une réalité très éprouvante

Travailler en 2019 au sein d'un service des urgences pour un professionnel de santé devient de plus en plus difficile.

Outre la charge de travail qui devient de plus en plus lourde, il existe également les tracasseries administratives (le poids de cette branche au sein des hôpitaux est devenu prépondérant), et il est aussi important de comptabiliser les pertes de temps pour la quête du lit adéquat pour le patient nécessitant une hospitalisation.



Un tel constat ne peut se concevoir qu'en allant travailler avec ces collègues qui sont à bout de nerfs, et qui ne sont pas satisfaits de leur cadre de vie professionnel, et de leur travail (ils doivent souvent le bâcler par manque de temps).

Oui, les urgentistes sont des hommes comme les autres avec des doutes et parfois beaucoup de fatigue !

### **Une action politique pas nécessairement adéquate !**

Vis-à-vis de la situation au sein des urgences de Mulhouse nous voyons que les réactions, des politiques et autres agents administratifs, restent inappropriées.

Tout d'abord la pénurie actuelle a été volontairement favorisée depuis des décennies par des mesures gouvernementales visant à réduire le nombre de praticiens (ils favorisent le déficit des organismes sociaux).

La ministre de la Santé pense qu'en donnant de l'argent elle va régler cette problématique, mais elle oublie qu'il faut penser avant tout à recruter des médecins !

Comme nous l'avons vu précédemment le responsable de l'ARS en charge du CH de Mulhouse souhaite sanctionner les démissionnaires.

Agir de la sorte s'apparente à vivre une situation d'un pays totalitaire où le citoyen est aliéné de toute liberté d'action.

Ce directeur, n'aurait-il pas mieux fait de proposer une participation des médecins (ils sont nombreux je le pense) de l'ARS et autres services administratifs (Sécu...) au sein de l'unité d'urgence de Mulhouse ?

D'autres « signes forts » comme la participation de l'ancien chef de services des urgences devenu politicien, ont été relayés par les médias.

Une telle réaction, aussi louable soit-elle, est-elle très ponctuelle ou régulière (ce qui serait souhaitable) ?

Ne serait-il pas plus raisonnable dans ce cas de pénurie de demander à ces politiques urgentistes ou appartenant à la famille des professionnels de santé de démissionner de leur poste (ils peuvent être facilement remplacés) pour venir en aide à leurs concitoyens ?

### **Une vitrine qui risque de devenir une réalité au sein de la quasi-totalité des services des urgences de France**

La crise vécue au sein du service des urgences de Mulhouse n'est pas un cas isolé.

La pénurie de médecins au sein des services des urgences est devenue une réalité dans la plupart des hôpitaux français.

Certaines structures réduisent les horaires de fonctionnement des services d'urgence pour éviter le burn out des quelques urgentistes en place, tandis que d'autres ferment les urgences par manque de personnel.

Nous allons devoir avoir une réflexion plus étayée, et plus « professionnelle » pour trouver des solutions à ce déficit qui va s'accroître durant au moins 10 ans.

Nos dirigeants vont devoir prendre des décisions opportunes en demandant à la base des solutions (celui qui connaît le terrain peut donner des idées).

Ce n'est pas en fustigeant les professionnels de santé qui, pour la plupart, font de leur mieux au détriment de leur vie privée, que nous avancerons.

Enfin, il est important pour gouverner de ne pas être uniquement populaire !

« *Le propre de la sagesse et de la vertu est de gouverner bien ; le propre de l'injustice et de l'ignorance est de gouverner mal* ». Platon.

**Pierre FRANCES**

*Médecin généraliste*

*1 rue Saint Jean Baptiste*

*66650 Banyuls-sur-Mer*

*frances.pierre66650@gmail.com*

## Cas clinique

# Melanonychie longitudinale ungueale acquise de l'enfant. Quelle conduite à tenir pour le professionnel pédicure-podologue ?

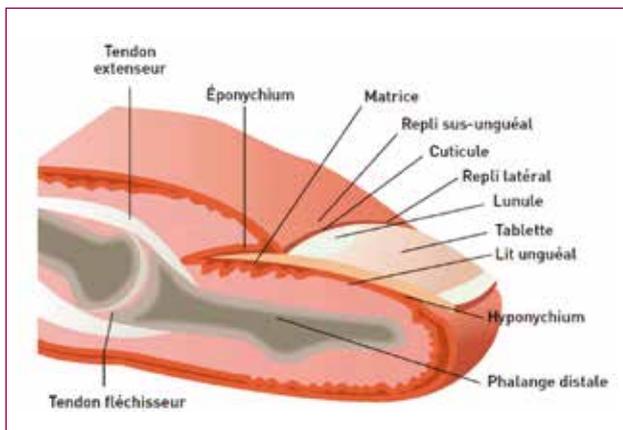
Nous voyons le jeune Cédric, 7 ans, qui présente depuis 6 mois une pigmentation brune de la tablette unguéale (cliché 1).



Cliché 1 : Mélanonychie du 5<sup>ème</sup> doigt de la main droite de Cédric.

En y regardant de plus près, nous remarquons qu'il s'agit d'une mélanonychie longitudinale (bande pigmentée longitudinale). Elle s'étend de la zone matricielle jusqu'à l'hyponychium de la tablette unguéale (cliché 2). Cette hyperpigmentation est de couleur brun clair, et elle couvre 1/3 de la surface de l'ongle.

Compte tenu de l'ancienneté de cette pigmentation, de l'absence d'évolutivité sur la période de 6 mois, et de sa couleur claire, nous retenons le diagnostic de naevus unguéal.



Cliché 2 : Anatomie de l'ongle normal.

### Éléments épidémiologiques concernant la mélanonychie et les naevi de l'enfant

La mélanonychie longitudinale est fréquente chez les enfants.

Il existe une prévalence différente suivant les races (1-2) :

- ⊗ Elle est de 1,4 % chez les patients de race blanche.
- ⊗ Elle est de 77 % chez les patients ayant un phototype foncé (africains et afro-américains).
- ⊗ Elle est comprise entre 10 et 20 % chez les sujets asiatiques.

Dans le cas des naevi, l'atteinte unguéale est le plus souvent unique, mais il est possible dans certaines communautés ethniques de retrouver une atteinte pluri-unguéale (1).

Le plus souvent les naevi apparaissent chez le très jeune enfant ou chez le jeune adulte.

Le pouce, et le 2<sup>ème</sup> doigt sont le plus souvent concernés par cette pigmentation (3). Cependant, chez les sujets asiatiques l'atteinte unguéale concerne le plus souvent le 3<sup>ème</sup> doigt (2).

Dans 50 % des cas la dimension de la bande est supérieure à 3 mm (3).

L'épaisseur des bandes longitudinales augmente le plus souvent avec l'âge.

Néanmoins, il est fréquent d'assister à une disparition de ces mélanonychie d'origine naevique lorsque les patients deviennent adolescents ou adultes (2).

Contrairement à la prise en charge des mélanonychies de l'adulte, la prise en charge des mélanonychies de l'enfant doit être rigoureuse mais en ayant moins de stress. En effet, la transformation maligne en acromélanomes unguéaux reste exceptionnelle chez les enfants (4).

### Origine des mélanonychies longitudinales

Parmi ces mélanonychies, 48 % d'entre elles correspondent à des naevi chez l'enfant, et 12 % chez l'adulte (3).

De nombreuses étiologies peuvent être responsables d'une mélanonychie longitudinale, et pas seulement une origine en liaison avec une activation mélanocytaire.

Le tableau 1 permet de répertorier les principales étiologies en rapport avec ces mélanonychies (5).

<p><b>Origine physiologique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Mélanonychie d'origine ethnique</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Grossesse</li> </ul>
<p><b>Causes locorégionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Onychotillomanie</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Traumatismes locaux</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Action de se ronger les ongles</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Syndrome du canal carpien</li> </ul>
<p><b>Causes dermatologiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Mycoses unguéales</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Paronychie chronique</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Psoriasis</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Lichen plan</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Amylose</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Lupus érythémateux</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Sclérodermie</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Onychomatricome</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Maladie de Bowen</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Pseudokyste mucoïde</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Carcinome basocellulaire</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Histiocytome fibreux</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Verrues vulgaires</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Kératose unguéale linéaire</li> </ul>
<p><b>Causes systémiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Syndrome de Cushing ou maladie d'Addison</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Syndrome de Nelson</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Hémochromatose</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Porphyrie cutanée</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> VIH</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Alcaptonurie</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Hyperbilirubinémie</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Syndrome de Laugier</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Syndrome de Peutz-Jegher</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Syndrome de Touraine</li> </ul>
<p><b>Causes iatrogéniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Photothérapie</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Radiothérapie</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Médications</li> </ul>
<p><b>Causes en relation avec une activation mélanocytaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Hyperplasie mélanocytaire</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Lentigo</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Naevus congénital ou acquis</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Mélanome malin</li> </ul>

Tableau 1

Les différentes étiologies en rapport avec une mélanonychie longitudinale

### Les mélanonychies longitudinales en rapport avec une activation mélanocytaire. Genèse de cette localisation particulière

Au cours du développement foetal, une migration de mélanocytes s'effectue vers le derme dès la 10<sup>ème</sup> semaine (6).

Une distribution de ces mélanocytes prend effet sur les différentes parties du corps de manière progressive ; les sites concernés incluent également la face dorsale des mains et des pieds.

En parallèle dès la 10<sup>ème</sup> semaine de gestation, l'ongle commence à se former.

L'apparition de mélanocytes au niveau de la matrice unguéale à la 10<sup>ème</sup> semaine correspond à une migration aberrante de mélanocytes à ce niveau (6).

La mélanonychie observée chez les patients provient de mélanocytes situés au niveau de la matrice unguéale. Certains mélanocytes actifs favorisent par le biais de dendrites le transfert de mélanosomes riches en mélanine vers la tablette unguéale donnant de ce fait la pigmentation brune observée dans la mélanonychie (5).

### Est-il possible d'utiliser la règle ABCDE pour évaluer les naevi sous-unguéaux, et les risques de transformation maligne ?

Dans 40 à 47 % des cas le diagnostic de transformation maligne des naevi (il s'agit de naevi du tissu cutané) est effectué par les patients eux-mêmes sans avoir eu connaissance de cette règle (7).

En étant informé de cette règle ABCDE, il existe un risque important de surestimation de la dangerosité de lésions qui au final sont tout à fait bénignes.

En ce qui concerne les naevi unguéaux, il est difficile de transposer cette règle du fait de caractéristiques propres lors du développement, et de la genèse de ces naevi.

De ce fait certains auteurs (8-9) ont effectué une classification ABCDEF qui tient compte du particularisme de cette localisation.

**A** : correspond à l'âge du patient. Le potentiel de gravité est d'autant plus important que le sujet est âgé. Les mélanomes unguéaux surviennent le plus souvent chez des patients ayant entre 50 et 70 ans.

**B :** correspond aux bandes longitudinales observées qui peuvent être hétérogènes. Plusieurs bandes de couleurs différentes doivent alerter le clinicien d'un potentiel éventuel de malignité (surtout chez les patients adultes).

**C :** correspond à un changement récent, et rapide de pigmentation de la mélanonychie. Cet élément signe très souvent une transformation maligne, et doit être pris en considération au premier chef.

**D :** correspond à l'atteinte du doigt observée. Le plus souvent, comme nous l'avons dit précédemment, le pouce est atteint, mais aussi chez certaines ethnies le 3<sup>ème</sup> doigt. Toute mélanonychie observée sur un autre doigt impose un examen plus rigoureux.

**E :** correspond à l'extension du pigment vers l'éponychium (signe de Hutchinson qui est hautement suspect chez les adultes, et moins important chez les enfants).

**F :** correspond à l'histoire familiale avec la notion de mélanome unguéal chez les parents, ou la fratrie, mais aussi un problème de naevi dysplasique.

Il est possible de se référer à cette classification qui peut être utile, surtout chez les adultes, mais présente quelques travers chez les enfants du fait d'un manque de spécificité.

### Le signe de Hutchinson est-il un bon marqueur de transformation maligne d'un naevus chez l'enfant ?

Le signe de Hutchinson a été décrit pour la première fois en 1886 (1).

Il correspond à une extension péri-unguéale du pigment mélanique (cliché 3).



Cliché 3 : Mélanome malin avec signe de Hutchinson (flèche verte)

Ce signe même s'il est important dans l'évaluation d'une transformation maligne d'un naevus sous-unguéal peut être surévalué pour plusieurs raisons (1-10) :

- ⊗ On peut le retrouver dans d'autres pathologies comme les pigmentations unguéales ethniques, les traumatismes, la maladie de Cushing, au décours de la prescription de certains médicaments.
- ⊗ Chez les enfants, la cuticule et l'éponychium ont une épaisseur moins importante que chez l'adulte. De ce fait, par le biais de cette transparence le pigment mélanocytaire est plus visible ; élément faisant penser à une extension péri-unguéale d'un processus malin d'origine mélanocytaire. En fait il ne s'agit que d'un pseudo-Hutchinson.

Dans notre cas clinique, nous pouvons mettre en évidence le signe de pseudo-Hutchinson (cliché 4 flèche bleue). Cette découverte ne doit pas nous conduire à effectuer une prise en charge chirurgicale de la mélanonychie de Cédric.



Cliché 4 : Signe de pseudo-Hutchinson avec transparence de l'éponychium chez Cédric (flèche bleue)

### Quelle est l'utilité de la dermoscopie dans l'évaluation d'un naevus unguéal ?

Compte tenu de la difficulté d'évaluation de la malignité d'une mélanonychie unguéale en rapport avec un naevus sous-unguéal, il semble utile de recourir à la dermoscopie pour évaluer cette dermatose.

Classiquement sept patrons (architecture visualisée par le dermatoscope) sont décrits (11) :

- ⊗ Les taches de sang. Elles sont le plus souvent homogènes et de couleur violette ou brune. Leur disposition est le plus souvent linéaire. On obtient des images ovoïdes ou polycycliques bien limitées au niveau du bord proximal. Parfois le patron est filamenteux.

- Un fond de couleur brune homogène qui associe des bandes de couleur marron régulières. La couleur est due à l'hyperplasie mélanocytaire.
- Une régularité du patron. Les lignes obtenues sont parallèles et de même coloration. L'espacement entre les bandes est régulier, et les lignes sont homogènes sans interruption.
- Le patron irrégulier. Dans ce cas on assiste à une absence de parallélisme, une variation de couleur et d'épaisseur, et une asymétrie des bandes qui peuvent se couder ou s'arrêter brutalement. Ces éléments sont hautement suspects d'une transformation maligne.
- Des bandes grises homogènes. En fait il s'agit d'une superposition de bandes grises. Ce patron peut tranquilliser le clinicien car il correspond à une hyperplasie mélanocytaire. Il est souvent secondaire à une origine iatrogène ou ethnique.
- Le microsigne de Hutchinson. Il se définit comme une pigmentation au niveau de la cuticule. Comme nous l'avons dit précédemment c'est un signe en rapport avec une possible transformation maligne d'un naevus. Cependant sa spécificité n'est pas absolue. Néanmoins, la dermatoscopie peut nous révéler une irrégularité pigmentaire au niveau de la zone de l'éponychium qui peut faire penser à une transformation maligne.
- Les cassures microscopiques longitudinales. Elles ne sont pas associées aux bandes pigmentées, et n'ont pas de caractères suspects.

L'apport de la dermatoscopie reste chez l'enfant un sujet de discussion quant à son intérêt.

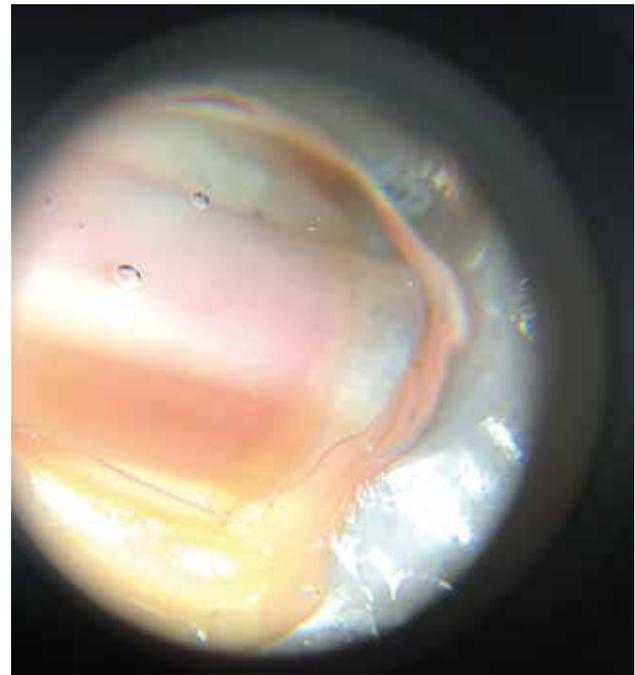
En 2013, une équipe de spécialistes en onychologie a permis de retenir l'intérêt très relatif de la dermatoscopie dans la prise en charge des naevi unguéaux (12).

Pour ces derniers, l'examen clinique, le suivi, et le recueil des antécédents des patients sont bien plus importants que l'aspect dermatoscopique observé (12).

Une étude japonaise de 2016 (13) permet de retenir l'intérêt de cet examen dans le cadre d'un suivi. Dans ces cas la dermatoscopie est utile pour rechercher une variation de couleur des lésions unguéales.

En ce qui concerne Cédric, nous pouvons noter une régularité des ces bandes (cliché 5), un fond de couleur homogène (cliché 5).

Tous ces éléments permettent de nous rassurer quant au caractère bénin de la lésion de cet enfant.



Cliché 5 : Aspect dermoscopique de l'ongle de Cédric. On note un fond avec une couleur homogène, et une répétition de bandes uniformes.

### Quel intérêt, et comment effectuer une biopsie d'une mélanonychie en rapport avec une origine naevique ?

Utile pour déterminer grâce une étude histologique s'il n'existe pas de transformation maligne, la biopsie est l'élément cardinal du diagnostic de mélanome malin.

Cependant, sa réalisation se révèle difficile (14).

En effet, dans le cas d'une pathologie naevique, il est important de ne pas effectuer un simple prélèvement par punch qui n'individualise pas la totalité de la lésion.

Certains auteurs ne recommandent la réalisation du punch que pour le cas d'une mélanonychie dont le diamètre la taille est inférieure à 3 mm.

De plus, cet acte doit être profond le punch doit aller très profondément jusqu'au périoste (14).

La réalisation d'une série de punch sur une lésion mélanocytaire peut conduire à des cicatrices tout à fait inesthétiques.

La biopsie doit comporter l'ensemble de la lésion, et de ce fait elle nécessite un recueil sur la totalité de la zone atteinte ; la matrice étant bien entendu concernée.

Or ce prélèvement, tout comme les punches itératifs, conduit souvent à des problèmes de cicatrices, et peut induire de réelles dystrophies unguéales.

De plus, même si le prélèvement semble être le plus large possible, il est toujours possible de méconnaître une zone maligne non biopsiée (15)

Plusieurs voies d'abord sont préconisées (14-16) :

- ⊗ La voie longitudinale latérale dans le cas d'une lésion qui atteint le 1/3 de l'ongle. De cette manière un prélèvement est effectué au niveau de la matrice, du repli unguéal, du lit de l'ongle, et l'hyponychium.
- ⊗ La voie tangentielle est effectuée dès que le clinicien souhaite se rassurer car la suspicion de mélanome reste faible. Dans ce cas, la lésion doit être inférieure à 3 mm, et ne permet pas d'évaluer l'indice de Breslow (indicateur utile dans le cadre de l'évaluation de la propagation du mélanome). Cependant, les risques de dystrophie unguéale sont moins importants que dans le 1<sup>er</sup> cas.

En tout état de cause, la réalisation d'une biopsie unguéale ne doit être réalisée que dans le cas où une incertitude diagnostic est très importante et peut mettre en jeu la vie du jeune patient.

En fait, les risques de dystrophie unguéale sont très importants, et peuvent avoir des conséquences esthétiques irréversibles chez un enfant.

## Conclusion

Les acromélanomes unguéaux restent **exceptionnels** chez l'enfant. Ils surviennent le plus souvent chez les patients ayant plus de 50 ans.

De ce fait, la prise en charge d'une mélanonychie de l'enfant doit tenir compte de cette réalité.

Au niveau clinique, le signe de Hutchinson manque à cet âge de spécificité car une transparence unguéale est possible du fait d'une faible épaisseur de l'éponychium.

De plus la dermatoscopie n'est pas un outil très fiable pour avoir une certitude diagnostic.

Dans ce contexte très complexe, il faut avoir de solides arguments pour demander une biopsie car les risques de dystrophie unguéale peuvent compromettre esthétiquement la croissance d'un ongle.

Aussi, pour éviter de passer à côté d'une lésion maligne il est nécessaire d'effectuer un examen régulier (tous les 6 mois, voire tous les ans) de la mélanonychie, et de bien consigner les caractères évolutifs de cette dernière.

Bien entendu, toute modification importante observée entre deux visites doit nous conduire à effectuer un prélèvement.

Il est important de savoir qu'à l'âge adulte nombreuses sont ces mélanonychies qui régressent.

Pour ceux qui conservent à l'âge adulte ces formations d'origine mélanocytaire, il est impératif de ne pas relâcher la surveillance car c'est à partir de cet âge que les risques de transformation maligne sont plus élevés.

Pour finir, il est important pour tout généraliste de connaître ces règles simples de prise en charge, car il lui est ou sera possible de devenir un acteur principal dans le dépistage et le suivi de ces lésions.

**En revenant sur le cas de Cédric**, les éléments cliniques et dermoscopiques se révèlent très rassurants, et nous permettent d'éliminer une malignité de sa mélanonychie longitudinale.

De ce fait, nous avons pu dédramatiser la situation ; non sans expliquer la nécessité d'effectuer un suivi semestriel, tant au niveau dermoscopique que visuel de la mélanonychie de ce jeune enfant.

### Résumé

La mélanonychie longitudinale est une pigmentation de couleur brune ou noire de l'ongle. Plusieurs étiologies peuvent être responsables de cette entité ; la plupart demeurant bénignes pour l'enfant.

La politique de l'attentisme est une bonne attitude pour les mélanonychies longitudinales chez les jeunes enfants (moins de 14 ans).

Néanmoins, si la mélanonychie longitudinale apparaît chez l'adolescent âgé, un contrôle plus rapproché s'avère nécessaire.

**Mots clés :** Mélanonychie longitudinale en pédiatrie – Mélanome sous-unguéal – Pigmentation de la tablette unguéale.

## Bibliographie

- Burleigh A, Lam JM. Pediatric longitudinal melanonychia. Canadian Medical Association Journal 2017 ; 189 (34) : E1093.
- Baran R, De Berker DAR, Holzberg M, Thomas L. Diseases of the nails and their management. Ed. Wiley-Blackwell 2012.
- Weschler J. Pathologie cutanée tumorale. Ed. Sauramps Médical 2016.
- Fouilloux B. Onychologie pédiatrique. Réalités Pédiatriques 2016 ; 200 : 22-26.
- Jefferson J, Rich P. Melanonychia. Dermatology Research and Practice 2012. Article ID 952186, 8 pages. <https://www.hindawi.com/journals/drpr/2012/952186/ref/>.
- Golminz AM, Wolpowitz D, Gottlieb AB, Krathen MS. Congenital subungual melanocytic nevus with a pseudo-Hutchinson sign. Dermatology online Journal 2013 ; 19 (4) : 8. <https://escholarship.org/uc/item/2qx5931b#main>.
- Tsao H, Olazagasti JM, Cordoro KM, et al. Early detection of melanoma: reviewing the ABCDEs. Journal of the American Academy of Dermatology 2015; 72: 717-23.
- Levit EK, Kagen MH, Scher RK, Grossman M, Altman E. The ABC rule for clinical detection of subungual melanoma. Journal of the American Academy of Dermatology 2000; 42: 269-274.
- Di Chiacchio N, Hirata SH, Enokihara MY, Michalany NS, Fabbrocini G, Tosti A. Dermatologists accuracy in early diagnosis of melanoma of the nail matrix. Archives of Dermatology 2010 ; 146 (4) : 382-387.
- Cooper C, Arva NC, Lee C et al. A clinical, histopathologic, and outcome study of melanonychia striata in childhood. Journal of the American Academy of Dermatology 2015; 72: 773-779.
- Braun RP, Thomas L. Atlas de dermatoscopie. Ed. Masson 2007.
- Di Chiacchio N, Hirata SH, Daniel R, et al. Consensus on melanonychia nail plate dermoscopic. Anais Brasileiros de Dermatologia 2013; 88 (2): 309-313.
- Koga H, Yoshikawa S, Shinohara T, et al. Long-term follow-up of longitudinal melanonychia in children and adolescents using an objective discrimination index. Acta Dermato-Venereologica 2016; 96: 716-717.
- Rich P. Nail biopsy: indications and methods. Dermatologic Surgery 2001; 27 (3): 229-234.
- Usman A, Silvers DN, Scher RK. Longitudinal melanonychia in children. Journal of the American Academy of Dermatology 2001; 44: 547-548.
- Moossavi M, Scher RK. Complications of the nail surgery : a review of the literature. Dermatologic Surgery 2001 ; 27 (3) : 225-228.

### Auteurs

**Pierre FRANCES**, Médecin généraliste, 1 rue Saint Jean Baptiste, 66650 Banyuls-sur-Mer

**Neil METCALFE**, Médecin généraliste. Programme Hippocrates. York. UK

**Caroline CHAN SUN**, Interne en médecine générale 34000 Montpellier

**Laureline MANCEL**, Interne en médecine générale 34000 Montpellier

**MAITO Clémence**, Externe 34000 Montpellier

## → Choix de stages de Paris – Île-de-France

### Le comportement inacceptable de l'ARS !

Depuis la semaine dernière, l'Agence Régionale de santé (ARS) d'Île-de-France cherche un moyen de revenir sur le résultat des choix de stages hospitaliers des internes de Médecine Générale. Sous la pression exercée dans les médias par les chefs de service de 25 hôpitaux d'Île-de-France (cf : tribune publiée dans *Le Parisien* du 17 octobre 2019), l'ARS a tenté de lancer un appel au volontariat auprès des internes pour venir renforcer l'effectif médical des services concernés.

Manifestement inquiet du résultat de cet appel, l'ARS a cherché un vice de forme pour pouvoir décider l'annulation des choix de stage. Dans un communiqué publié hier soir, l'ARS annonce avoir trouvé la solution : arguant de l'histoire abracadabrantesque d'une interne ayant validé tous ces stages que l'ARS elle-même aurait convoqué par erreur pour qu'elle choisisse un stage supplémentaire (ce qu'elle aurait fait !), l'ARS annule les choix des internes de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année et les reconvoque pour de nouveaux choix de stages à moins d'une semaine de leurs prises de fonction dans leurs nouveaux stages.

Au-delà de cet incroyable "bug" justifiant l'annulation tant désirée des choix, l'ARS n'hésite pas à afficher son dédain envers les internes en

avouant ouvertement avoir cherché le vice de forme pour obtenir l'annulation et en exposant clairement son intention de profiter de l'occasion pour corriger « largement » les erreurs de répartition des internes dans les stages de pédiatrie !

En tant que syndicat d'internes de Médecine Générale (IMG) parisien-ne-s (entre autres), le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) dénonce les agissements de l'ARS et organise dès ce jour un débat avec tou-te-s les IMG de Paris/Île-de-France, syndiqués ou non, pour élaborer ensemble une réponse au mépris ressenti par les futurs professionnels devant le comportement de l'ARS (NB : dans son communiqué, l'ARS ne présente pas ses excuses auprès des internes).

**Le SNJMG**

## Organisation d'un vote pour ou contre la grève des IMG

### Exposé des motifs du vote :

Suite à une mauvaise préparation, les choix de stages hospitaliers des 8, 9 et 10 octobre 2019 ont abouti à une faible présence d'internes dans certains services de pédiatrie. Sans surprise, ces services étaient en grande partie soit des services présentant de mauvaises évaluations des précédents internes soit des services posant de gros problèmes de transport.

Devant cette situation déjà perceptible alors qu'il assistait aux choix, le SNJMG organisait un suivi des internes ayant pris un poste dans un de ces

services délaissés et explorait les possibilités de changement de poste pour ces internes.

Dans un communiqué de presse du mercredi 16 octobre 2019, l'ARS d'Île-de-France lançait l'alerte suivante :

*« Les résultats de la procédure de choix des internes de médecine générale pour le semestre d'hiver 2019 ont conduit à une légère réduction du nombre d'internes ayant choisi d'effectuer leur stage dans un service de pédiatrie, mais surtout à une répartition de ces 159 internes qui n'est pas en adéquation avec les besoins de fonctionnement des services de pédiatrie et d'urgences pédiatriques. Ces résultats vont conduire à des tensions fortes dans certains services déjà largement sollicités, car ils s'inscrivent dans un contexte global de tension sur la démographie des pédiatres dans la région Île-de-France, qui ne sont pas suffisamment nombreux pour faire face aux besoins ».*

Ne faisant aucune référence à la valeur formatrice des stages, l'ARS voulait trouver des solutions permettant d'assurer *« la meilleure couverture de soins pédiatriques dans la région Île-de-France au cours de l'hiver prochain ».*

Suite à un article publié la veille dans le Parisien où plusieurs chefs de service de pédiatrie s'alarmaient pour le semestre à venir, l'ARS lançait, le vendredi 18 octobre 2019, un appel au volontariat auprès des internes ayant choisi un poste dans un service de pédiatrie en « sur-effectif » pour changer d'affectation au profit d'un service en « sous-effectif » ; elle leur promettait de les dédommager d'une prime pouvant aller jusqu'à 500 euros par mois pendant tout le semestre. De même, elle incitait les IMG ayant déjà validé un stage en pédiatrie de prendre pendant ce semestre d'hiver des gardes de nuit ou de week-end en leur promettant de doubler leur rémunération de garde.

Alors que, en référence avec l'affaire des urgences de Mulhouse, le SNJMG préparait un communiqué de presse pour demander à l'ARS IDF de ne pas utiliser les internes comme variable d'ajustement des problèmes d'effectifs médicaux dans les services hospitaliers, l'ARS annonçait dans la soirée de lundi 21 octobre 2019 l'annulation des choix de stages hospitaliers des internes de MG phase approfondissement et phase socle :

*« Il est apparu ce jour, à l'occasion d'un nouveau contrôle de conformité de la procédure engagée depuis début octobre, qu'un interne avait pu choisir*

*un poste alors qu'il avait d'ores et déjà validé ses 6 semestres d'internat de médecine générale. Le choix de ce poste, intervenu au tout début de la procédure et ayant mécaniquement privé un autre interne de cette possibilité, est constitutif d'une atteinte au principe d'égalité, justifiant la relance de la procédure de choix des 490 internes de médecine générale dits « ancien régime » et en phase d'approfondissement pour le semestre d'hiver 2019. À cette occasion, le directeur général de l'Agence régionale de santé Île-de-France a décidé que la commission de répartition de médecine générale serait à nouveau convoquée dès ce mardi 22 octobre afin de proposer une nouvelle répartition des postes permettant que les hôpitaux de petite et grande couronne disposent d'un plus grand nombre d'internes de médecine générale en pédiatrie et qu'il soit remédié à la situation particulièrement dégradée issue de la première procédure. Cela passera par un ajustement du nombre de postes proposé au choix des internes qui, lors de la précédente commission, avait été calibré à un niveau trop élevé. Ainsi, la répartition non pertinente des postes dans les services de pédiatrie accueillant des internes de médecine générale d'Île-de-France, pourra être largement corrigée ».*

Le SNJMG lançait immédiatement l'alerte sur les réseaux sociaux et préparait une défense pour les internes qui pouvaient se sentir méprisés par le comportement de l'ARS. Très vite, le SNJMG articulait son plan de défense des internes sur 4 axes :

- ⊗ Vérifier la validité juridique de la décision de l'ARS (nous reviendrons plus tard sur ce dossier).
- ⊗ Organiser une consultation de tous les internes pour déterminer la meilleure réponse à faire à l'ARS.
- ⊗ Donner les moyens aux internes de s'opposer efficacement à la décision de l'ARS (la grève étant le moyen le plus puissant, la décision était prise de déposer un préavis à compter du 28 octobre).
- ⊗ Proposer une solution alternative (elle sera définie le lendemain) pour les choix de stages hospitaliers.

Mardi 22 octobre 2019, et depuis la veille au soir, les réseaux sociaux médicaux sont agités par de nombreuses discussions sur cette situation extraordinaire. Une pétition est lancée pour le boycott des nouveaux choix et la grève est également évoquée. Le SNJMG publie un communiqué de presse pour condamner le comportement de l'ARS.

Pendant ce temps, l'APHP et l'ARS IDF prennent acte du dépôt d'un préavis de grève (à compter du 28 octobre) par le SNJMG. L'ARS prend même contact avec le SNJMG pour proposer une rencontre le vendredi 25 octobre 2019 dans l'après-midi (rendez-vous bien trop tardif pour le SNJMG).

A 18h se tient la nouvelle réunion de répartition à l'ARS. Lors de cette réunion, et comme il l'avait annoncé dans un entretien à WUD, le directeur général de l'ARS propose pour les nouveaux choix de faciliter la procédure des procurations, d'améliorer l'offre en pédiatrie (en l'équilibrant de la diminution de postes en médecine adulte polyvalente et/ou en gynécologie) et d'assurer un suivi personnalisé pour les internes contraints à un changement de poste.

Alors que prend fin la réunion de répartition, Sayaka Oguchi, présidente du SNJMG, annonce aux internes concernés, qu'elle propose de demander à l'ARS de revenir sur sa décision d'organiser de nouveaux choix et de proposer à la place aux internes de choisir entre garder le poste qu'ils avaient pris ou de changer pour un nouveau poste disponible suite à l'annulation du choix de l'interne ayant choisi, malgré ses 6 semestres validés.

Après cette annonce, le SNJMG finit, après plusieurs tentatives, par discuter informellement avec l'autre syndicat d'IMG en IDF, le SRP-IMG, pour un échange de vue sur la situation.

Mercredi matin, 23 octobre 2019, l'ARS propose au SNJMG d'avancer leur réunion à 13h30 le jour même. Lors de cette réunion, Sayaka Oguchi, présidente du SNJMG, tient le discours suivant :

➤ Condamnation de la gestion « managériale » des internes par l'ARS.

➤ Rappel du préjudice d'anxiété subi par les internes suite aux décisions de l'ARS.

➤ Proposition alternative à l'annulation/reconvocation des choix.

➤ Organisation d'un vote pour ou contre la grève si non acceptation de la solution alternative.

Mrs Peju et Jaffre pour l'ARS ne sont pas sensibles à la menace de la grève et se contentent de réexposer la position officielle de l'administration au lendemain de la réunion de répartition (comme si elle n'avait été qu'une chambre d'enregistrement des décisions de l'ARS) :

➔ Nouveaux choix les 28 et 29 octobre 2019 avec facilitation des procédures de procuration.

➔ Une liste des postes comportant l'amélioration souhaitée par l'ARS des postes en pédiatrie, la suppression des postes de MAP/urgences/gynéco non pourvus lors des choix de début octobre ainsi que d'une centaine de postes de pédiatrie et d'une vingtaine de postes en MAP et gynéco (la liste officielle est disponible en téléchargement).

➔ Un suivi personnalisé des internes contraints de changer de poste avec compensation financière de 400 euros bruts par mois pendant les 6 mois de stage et accompagnement pour les problèmes d'hébergement, de garde d'enfants, etc.

Comme dans les communiqués de presse, à aucun moment dans l'entretien, il n'a été question pour l'ARS de s'excuser auprès des internes.

Au vu de ce refus de l'ARS de changer de décision, le SNJMG ouvre ce soir la procédure de vote POUR ou CONTRE la grève et propose un boycott/blocus des choix des 28 et 29 octobre 2019.

Internes de médecine Générale, que vous soyez syndiqué ici ou ailleurs ou que vous ne soyez pas syndiqués, c'est ici l'occasion de faire entendre votre avis : Votez !

## Point juridique au lancement du vote pour ou contre la grève

Quand le SNJMG a appris l'annonce d'une annulation des choix de stages pour les IMG Ancien Régime et Phase approfondissement, l'une des questions qu'il s'est immédiatement posé, c'est : quel est la validité juridique de cette décision ?

Dès le lendemain matin, le syndicat s'est mis en contact avec son avocat et au fil des échanges qui se sont égrenés tout le long de la journée, il est ressorti les faits suivants :

➤ Validité de l'annulation des choix.

Quel que soit le caractère abracadabrant de l'incident causal, à partir du moment où celui-ci est réel, les choix se doivent d'être annulés.

➤ Validité d'une nouvelle procédure de choix.

A partir du moment où les choix sont annulés, l'ARS se doit d'en reconvoquer de nouveaux.

Elle peut le faire sur les bases de la réunion de répartition de fin septembre (qui reste valable même si les choix ont été annulés) ou repartir à zéro en reconvoquant une nouvelle réunion de répartition.

En décidant de repartir à zéro avec l'objectif de tenir compte des besoins de fonctionnement des hôpitaux et non de formation des internes et dans le cadre d'un calendrier extrêmement contraint vis à vis du changement de semestre, la décision de l'ARS peut être attaquée sur la forme mais sur le fond, rien ne dit que le juge estimera le besoin de fonctionnement des hôpitaux inférieur à celui de formation des internes.

Dans ces conditions, le SNJMG a abandonné en fin de journée l'option judiciaire et a proposé directement aux internes le vote de la grève en l'absence d'accord avec l'ARS sur le maintien "aménagé" des choix des 8 et 9 octobre 2019 (nouveaux choix mais en gardant la liste de postes issue de la réunion de répartition de fin septembre).

**Le SNJMG**

## Les IMG votent la grève !

### Résultats des votes

Internes de MG concernés : 490.

Abstention : 25.

Votes nuls (non validés par votants) : 160.

Votes pour le maintien des premiers choix : 265 pour (86.9 %) et 40 contre (13.1 %).

Votes pour la grève : 286 pour (93.8 %) et 19 contre (6.2 %).

### Analyse du SNJMG

Comme il s'y était engagé mardi 22 octobre 2019 auprès de tous les IMG d'Île-de-France (qu'ils/elles soient membres ou non du SNJMG), le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a organisé suite à l'échec de sa rencontre avec l'ARS un vote sur Internet sur l'organisation d'une grève des internes à compter du 28 octobre 2019.

Au terme de 36h de votes, les résultats sont sans appel : sur les 490 internes concernés, une

écrasante majorité demande le maintien global des choix des 8 et 9 octobre et plébiscite la grève à compter du 28 octobre 2019.

Aussi, en accord avec la grande majorité des internes concernés et sous couvert d'un préavis qu'il a déposé auprès de l'Agence Régionale de Santé et du ministère de la Santé, le SNJMG appelle officiellement les internes de Médecine Générale à la grève totale et illimitée à compter du 28 octobre 2019.

Le SNJMG proposera aux internes l'arrêt du mouvement quand il aura obtenu de l'ARS des résultats correspondant à la volonté des internes et à ses revendications.

D'ici lundi, le SNJMG va définir avec tou-te-s les internes concerné-e-s les modalités pratiques concernant la grève et la contestation des nouveaux choix de stages (boycott/blocus).

**Le SNJMG**

## Après le vote de la grève

Depuis le dépôt de son préavis de presse, le SNJMG se conforme à l'avis majoritaire des internes concernés et, suite à cette officialisation de la grève, participe à l'organisation d'une gestion collaborative de la grève par et pour les internes (via un groupe Whatsapp) qu'ils soient syndiqués (quel que soit le syndicat) ou non. NB : merci de contacter **notre secrétariat** pour y prendre part.

Dans le même temps, et toujours dans l'objectif d'une action solidaire de tous les internes, le SNJMG essaie, de nouveau, de contacter l'autre syndicat d'IMG, le SRP-IMG, pour au minimum se coordonner sur les actions pratiques (grève, boycott et blocus des choix...) et au mieux définir une gestion commune de la crise.

Restant sans réponse, le Dr Sayaka Oguchi, présidente du SNJMG, prend la décision d'assister à l'AGE du SRP-IMG hier soir. Cette AGE décide de ne plus soutenir la liste issue de la deuxième réunion de répartition et vote

le boycott et le blocus des choix des 28 et 29 octobre 2019 en l'absence de la réouverture de 20 postes de gynécologie et de la suppression de 2 stages de pédiatrie présentant de mauvaises évaluations. En revanche, aucune réponse n'est faite aux propositions du SNJMG et il n'y a pas d'appel à la grève à compter du 28 octobre 2019 (contrairement à l'ambiance générale pro grève de la première réunion organisée par le SRP-IMG et au résultat clair du vote hors syndicats des IMG)...

**Le SNJMG**

## Échec des tentatives de résolution de la crise avant la nouvelle convocation aux choix

Deux jours après le vote de la grève, **l'ARS n'organise aucune négociation formelle sur la base de la revendication princeps des internes** : le maintien global des choix des 8 et 9 octobre 2019. Ceci dit, des discussions informelles auraient lieu pendant ce week-end.

Ainsi, le Dr Vincent Renard signale que la coordination de Médecine Générale a obtenu de l'ARS le rétablissement des postes de gynéco supprimés par l'ARS entre la liste de la première réunion de répartition et celle de la deuxième réunion de répartition.

Si c'est vrai, c'est un pas dans la bonne direction mais ce n'est toujours pas ce qu'ont demandé les internes concernés. Aussi, le boycott avec blocus des choix lundi est plus que jamais d'actualité. **Tous les internes ancien régime et phase approfondissement sont invités à se mobiliser lundi matin dans les locaux de l'ARS !**

NB : Dans l'après-midi, le SNJMG a reçu un courriel de Mr Jaffre de l'ARS précisant que depuis la

dernière rencontre ARS/SNJMG (mercredi 23 octobre 2019), *"la position de l'agence n'a pas changé"*... et, bien sûr, il n'est toujours pas question d'excuses. Le SNJMG a accusé réception de cette information en regrettant de voir l'ARS rester sur sa position explicitée mercredi, contrairement aux différentes informations de nouvelle liste de postes issue de soi-disantes négociations secrètes. En retour, c'est le directeur général de l'ARS, Mr Aurélien Rousseau, qui a confirmé au SNJMG, dans la soirée de dimanche, que les choix se feraient bien sur la liste de postes dévoilée à l'issue de la réunion de répartition du 22 octobre 2019...

**Le SNJMG**

## Les syndicats de médecins libéraux aux cotés des IMG en grève !

Les internes de Médecine Générale d'Île-de-France sont en grève depuis ce lundi 28 octobre 2019. Ces internes protestent contre la lourde remise en cause de leur choix de stages hospitaliers à moins d'une semaine de leur prise de fonction.

Les syndicats médicaux FMF, Jeunes Médecins, MG-France, SML et SMG tiennent à manifester, aux côtés du SNJMG qui a déposé le préavis de

grève, leur soutien à ce mouvement : les internes ne doivent pas être considérés comme une variable d'ajustement des effectifs hospitaliers par l'Agence Régionale de Santé.

Les syndicats médicaux FMF, Jeunes Médecins, MG-France, SML et SMG demandent aux responsables administratifs de répondre rapidement et positivement aux revendications des internes.

Contacts presse :

**Jean-Paul HAMON** ▶ Président de la FMF | 06.60.62.00.67

**Emmanuel LOEB** ▶ Président de Jeunes Médecins-06.50.93.64.60

**Jacques BATTISTONI** ▶ Président de MGFrance | 06.62.61.09.99

**Philippe VERMESCH** ▶ Président du SML | 06.09.55.77.24

**Sayaka OGUCHI** ▶ Présidente du SNJMG | 07.61.99.39.22

**Le SNJMG**

## Grève des IMG et blocage des choix de stages !

Voici l'ensemble de revendications que Sayaka Oguchi a proposé hier aux IMG qui se sont porté-e-s volontaires pour participer aux délégations du SNJMG dans les négociations :

- ⊗ Rejet de la liste de postes du 22 octobre 2019 (pour l'instant liste proposée par l'ARS aux choix de demain) et retour à la précédente liste de postes validée (pour les choix des 8 et 9 octobre).
- ⊗ Présentation des excuses de l'ARS aux internes.
- ⊗ Mise en place de toutes les mesures proposées par l'ARS le 18 octobre, pour les IMG qui confirmeraient ou choisiraient un poste dans un des services que l'ARS considérait en sous-effectif (500 euros net par mois de supplément de rémunération, doublement de la rémunération des gardes pendant tout le semestre).
- ⊗ Mise en place des mesures de suivi personnel pour les IMG qui auraient changé de poste au profit d'un poste dans un de ces services.
- ⊗ Amélioration dès novembre 2019 de la séniorisation de tous ces stages,
- ⊗ Mise en place de mesures de sécurisation des internes dans tous les stages (horaires déclarés en temps réel et partagées, système d'avertissement officiel donné aux stages dont les évaluations montre qu'elles ont fait souffrir des internes, réduction des heures travaillées pour les stages >2h de transport/jour,...).
- ⊗ Retrait automatique de l'agrément pour tout service ne respectant pas la réglementation sur temps de travail des internes.
- ⊗ Montage d'un système informatique (reposant si possible sur un logiciel libre et en open source) pour les pré-choix et les choix définitifs de stages cogéré par la coordination du DES de MG et tous les syndicats d'internes.

**Le SNJMG**

### Déroulé des évènements ce lundi :

8 heures, une centaine d'IMG, dont certains avec pancartes, sont présents devant les portes de l'ARS : il y a là des IMG qui devaient choisir ce jour et des IMG qui devaient choisir le lendemain et qui se sont mis en grève pour pouvoir être présent-e-s toute la journée si besoin.

Ce blocus pacifique s'avère efficace : les choix ne peuvent pas avoir lieu !

Lors de cette réunion, comme M. Jaffre et M. Rousseau l'avaient précisé hier au SNJMG, l'ARS ne modifie pas sa liste de postes, seul un accompagnement renforcé d'IMG et des aménagements de maquette sont proposés... En revanche, M. Rousseau (ARS) et le Pr Anane (Conférence des doyens) acceptent de descendre présenter leurs excuses aux internes.

Après une intervention du Pr Ouazana (qui a également présenté les excuses de la coordination du DES de MG) et des échanges avec les internes présents, M. Rousseau et le Pr Anane, ainsi que les personnels administratifs qui les accompagnaient, regagnent les locaux de l'ARS.

Devant le peu d'avancée, les internes votent peu après midi la poursuite du boycott/blocus des choix et Sayaka Oguchi, présidente du SNJMG, confirme la poursuite de la grève.

NB : Le groupe Whatsapp que le SNJMG a mis en place pour la gestion collaborative de la grève et du boycott des choix est arrivé à saturation. Les IMG qui voudraient participer à un groupe Whatsapp bis sont invités à joindre **notre secrétariat**.



(Photo Julien Aron)

A 14h52, l'ARS envoie un courriel aux IMG pour les prévenir de l'annulation des choix ce jour :

*Bonjour,*

*Suite au blocus organisé depuis ce matin 8h30 et des discussions en cours sur l'offre de stages, la procédure de choix n'a pas eu lieu ce matin et ne pourra pas se tenir cet après-midi.*

*Nous vous recontacterons par mail dès lors que le nouveau calendrier des choix sera mis à jour.*

*Pour rappel, l'ARS ne disposant pas de l'ensemble des coordonnées électroniques des internes, nous vous remercions pour la transmission que vous pourrez opérer de ce mail auprès de vos co-internes.*

*Bien cordialement,*

A 15h, l'ARS reçoit, une seconde fois dans la journée, les syndicats d'IMG (SRP-IMG et SNJMG) pour une nouvelle séance de négociations.

L'ARS fait comprendre qu'elle a une obligation (ministère ?) de bien fournir en internes les services de pédiatrie, ce que ne lui permettait pas les résultats des premiers choix et que ne lui assurera pas, non plus, la réouverture de postes MAP.

La revendication initiale des internes, reprise par le SNJMG, d'une conservation globale de ces premiers choix s'heurte donc à un mur.

Il faut donc négocier au mieux la nouvelle liste de postes, ce qui aboutit au résultat suivant :

- ⊗ Fermeture des stages de pédiatrie à Poissy et Longjumeau, soit 13 postes.
- ⊗ Redistribution de 11 de ces postes sur des services de pédiatrie pouvant accueillir des IMG dans de bonnes conditions : St Denis Delafontaine (+1), Louis Mourier (+1), Pontoise (+1), CHSF Corbeil-Essonnes (+1), Montfermeil (+1), Argenteuil (+1), Mantes-la-Jolie (+2), Meaux (+1), Villeneuve St-George (+1), Gonesse (+1).
- ⊗ Procédure spécifique et garantie d'affectation pour les internes dont la maquette impose de faire un stage gynéco pour ce semestre et n'ayant plus accès à ce type de stage au moment de leur choix (26 stages de gynéco sont ainsi potentiellement réouvables en cas de besoin).
- ⊗ Dédommagement de 400 euros bruts par mois pour tout-e interne amené-e à changer de stage.

Ce résultat constitue une indéniable avancée mais nous sommes loin des objectifs initiaux de la mobilisation (rappel : avant l'annulation des choix, l'ARS promettait aux internes volontaires jusqu'à 500 euros supplémentaires par mois et un doublement de la rémunération des gardes).

De plus, ce résultat ne concerne que la liste de postes proposés aux choix. L'ARS n'a pas discuté du contrôle de l'accueil des internes dans les services, ni de l'amélioration de la séniorisation des services délaissés, ni des nouvelles procédures à mettre en place pour les choix de stages suivants.

Au terme de cette négociation, l'ARS a été catégorique : les internes n'obtiendront rien plus, ils/elles sont tous reconvoqués demain pour les choix et le blocus doit être levé.

Comme il l'a fait depuis le début de cette crise, le SNJMG va, une nouvelle fois, s'en remettre à l'avis de tou-te-s les IMG, qu'ils/elles soient ou non syndiqué-e-s (et quelle que soit le syndicat).

Aussi, nous convions tou-te-s les internes à être présents à 8 heures à l'ARS pour s'exprimer :

- ⊕ Souhaitez-vous accepter le résultats des négociations du 28 octobre et lever le blocus ?
- ⊕ Préférez-vous poursuivre le blocus et contraindre syndicats et ARS à de nouvelles négociations ?

Quel que soit le résultat, le SNJMG se pliera à la décision majoritaire des internes.

**Le SNJMG**

## Vote de la levée du blocus

*Suite aux deux séances de négociations lundi entre l'ARS et les deux syndicats d'IMG (SRP-IMG et SNJMG), les IMG d'Île-de-France étaient convié-e-s ce matin devant l'ARS pour décider de l'arrêt ou de la poursuite du blocus des choix.*

Sans tenir compte de la procédure auto-gérée sur internet par les internes, le vote s'est fait à mains levées avec le petit groupe d'internes présents : sous le froid et les gouttes de pluie, les troupes étaient moins nombreuses qu'hier.

Une claire majorité s'est exprimée pour accepter les résultats des négociations entre l'ARS et les deux syndicats d'IMG (SRP-IMG et SNJMG) et lever le blocus des choix.

Les choix de stages hospitaliers ont donc débuté dans la demie heure suivante...

**Voici le message de Sayaka Oguchi, présidente du SNJMG, aux internes de Médecine Générale d'Île-de-France, suite à ce vote :**

Ce matin, les IMG ont voté la levée du blocus des choix de stages hospitaliers Île-de-France et le SNJMG respecte comme toujours le résultat démocratique. Notre secrétaire est présente pour les choix toute la journée, les internes sont invités à lui dire ce qu'ils pensent de la situation (mobilisation et nouveaux choix) ! Je tiens à exprimer mon admiration pour la mobilisation

des internes, si le SNJMG, avec ces modestes moyens (indépendance oblige), a pu la faciliter, j'en serai la première contente ! En attendant, place aux choix : ce n'est qu'en fonction du déroulement de ces choix que le SNJMG appellera ou non à l'arrêt de la grève des internes. Ce qui veut dire qu'en cas de problème pendant les choix, tout-e interne peut se prévaloir de cette grève pour manifester son opposition à un choix qui poserait problème. Là encore, notre secrétaire est à votre disposition sur place !

**Voici le communiqué de presse publié par le SNJMG :**

Ce matin, les internes rassemblés devant l'ARS ont voté à mains levées la fin du boycott/blocus des choix de stages hospitaliers.

Les internes présents ont estimés que les résultats des négociations entre syndicats d'internes (SRP-IMG et SNJMG) et ARS étaient acceptables et qu'il était difficile de rester dans l'incertitude à moins d'une semaine de leur prise de fonction dans leur nouveau stage.

Dès le résultat du vote connu, la présidente du Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a tenu à féliciter tous les internes, syndiqués ou non, qui se sont investis avec détermination dans cette mobilisation exceptionnelle.

Le SNJMG qui a mis tous ces moyens au service des internes tient à leur assurer que le syndicat n'arrêtera pas sa mobilisation sur ce résultat. En effet, la plupart des problèmes révélés par cette crise n'ont pas été traités et le SNJMG demande d'ores et déjà à en discuter avec l'ARS et les ministères concernés.

Mais c'est dès aujourd'hui que le SNJMG entend faire preuve de vigilance vis-à-vis du sort des internes contraints à changer de stage. Aussi, le SNJMG n'a-t-il pas levé son préavis de grève : il a laissé l'outil de la grève à des internes affrontant des problèmes lors du choix.

De même, ce n'est qu'après le débriefing de cette journée de choix que le SNJMG décidera s'il appelle à la fin de la grève.

**Le SNJMG**

## Internes de médecine générale d'Île-de-France : Fin de la grève

Les choix de stages hospitaliers des internes de Médecine Générale ont finalement eu lieu hier mardi 29 octobre 2019. En début de matinée, les internes présents à l'ARS avaient voté la levée du boycott/blocus des choix, suite aux résultats des négociations de la veille.

Le SNJMG, qui n'avait pas donné de consigne de vote sur la poursuite ou non du blocus, a accompagné les internes toute la journée des choix de stages.

Comme dans chaque situation de crise, l'organisation de ces choix était loin de la perfection mais le SNJMG n'a pas constaté de situation véritablement conflictuelle pour les internes.

C'est donc sur la base de ce constat rassurant que le SNJMG lève son préavis de grève (Notons toutefois que le DG de l'ARS avait rassuré tout le monde en annonçant avant les nouveaux choix que seule "une soixantaine d'internes devront modifier leur choix sur 490". Au final, ce sont 267 internes qui ont changé de lieu de stage !).

Le préavis de grève et la grève elle-même ont participé à la mobilisation des internes (ex : participation des internes devant choisir le 29 au blocus des choix le 28), au soutien des syndicats médicaux et à la médiatisation du mouvement.

Mais la fin de la grève n'empêche pas le SNJMG de rester vigilant sur le sort des internes dans leurs futurs stages (et notamment des 267 internes ayant changé de lieu de stage entre le premier et le second choix qui devraient bénéficier d'une prime exceptionnelle de 400 euros mensuels pendant toute la durée de leur stage). Comme il s'y était engagé hier, il continuera à défendre les nombreuses revendications, issues de ses échanges avec les internes et restées de côté lors des séances de négociation de lundi (ces négociations s'étaient focalisées sur la constitution de la liste de postes proposés et les conditions de choix).

Parmi ces revendications figurent des revendications sur le statut de l'interne et les conditions d'exercice à l'hôpital. C'est pourquoi, le SNJMG va consulter maintenant ses adhérents sur la participation du syndicat à la journée d'action du 14 novembre 2019 pour l'hôpital public.

**Le SNJMG**

## ➔ Mobilisation nationale des internes de médecine et de pharmacie (10 décembre 2019 - 14 février 2020)

### Grève des internes : Les revendications et modes d'actions du SNJMG

Ce mardi 10 décembre 2019, débute un mouvement de grève nationale illimitée des internes.

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG), comme l'ISNI et la FNSIP, soutient ce mouvement pour le respect du temps de travail et du repos de sécurité des internes.



Le SNJMG participe à ce mouvement en lien avec sa mobilisation pour l'hôpital et le système de santé : c'est pourquoi, il a élargi son préavis de grève non seulement aux internes de Médecine Générale (IMG) mais aussi aux Faisant Fonction d'Internes (FFI) et jeunes hospitaliers en Médecine Générale.

Il développe ainsi un ensemble de revendications en soutien des demandes des collectifs pour l'hôpital.

Il communique ces revendications au ministère tout en les laissant à la discussion des internes et jeunes généralistes hospitaliers.

D'un point de vue pratique, le SNJMG laisse les internes de Médecine Générale, les FFI et jeunes hospitaliers de MG, libres de s'organiser localement comme bon leur semble : grève totale et illimitée à compter du 10 décembre, grève totale (ou ne concernant qu'une activité : obligations de services, astreintes, gardes, obligations universitaires) certains jours ou temps ponctuels de grève à compter du 10 décembre...

Il recommande toutefois un engagement maximal pour la journée du 17 décembre 2019, journée de mobilisation pour l'hôpital et le système de santé et pour la journée du 20 janvier 2020, journée de mobilisation des internes #bluemonday.

**Le SNJMG**

## Journée de mobilisation des hospitaliers et des internes (17 décembre 2019)

Depuis sa participation à la journée de mobilisation du 14 novembre 2019, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) s'investit pleinement dans le mouvement inter professionnel pour l'hôpital et le système de santé.

La réponse du gouvernement à ce mouvement ne correspond toujours pas aux attentes rappelées par les collectifs inter hôpitaux, inter bloc et inter urgences et par différentes organisations de médecins hospitaliers.

Par ailleurs, le SNJMG, qui a placé son implication dans le mouvement dans un cadre plus général d'amélioration du système de santé, déplore que le plan du gouvernement ne s'inscrive que dans une approche purement hospitalière.

De plus, le SNJMG, qui s'implique également dans la grève nationale des internes, constate, depuis le 10 décembre 2019, l'absence de dialogue entre la ministre de la Santé et les organisations nationales d'internes (dont le SNJMG) ainsi que la modestie des propositions de la Ministre faites par voie de presse (notamment, aucune réponse aux revendications spécifiques du SNJMG).

Aussi, le SNJMG appelle tous les internes de Médecine Générale de France ainsi que les FFI généralistes et les jeunes médecins généralistes hospitaliers (assistants, attachés, contractuels...) à une grève totale (obligations de services, gardes et obligations universitaires) pour le 17 décembre 2019, journée de mobilisation nationale organisée par les 3 collectifs hospitaliers et les différents syndicats de professionnels hospitaliers.

Enfin, devant les insuffisances du plan gouvernemental *Ma Santé 2022*, le SNJMG invite les médecins généralistes à manifester leur propre mobilisation en utilisant les affiches de solidarité pour le mouvement du 17 décembre 2019 que nous mettons à leur disposition.

**Le SNJMG**

## Médecins remplaçants non thésés : Les revendications du SNJMG à l'occasion de la grève des internes

Comme deux autres organisations d'internes (la FNSIP et l'ISNI), le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) participe depuis le 10 décembre 2019 à la grève des internes.

Parmi nos revendications, certaines concernent l'exercice des remplacements par les internes.

Cette année, de nombreux internes ont vu leurs démarches pour obtenir leur licence de remplacement entravée par des difficultés administratives non justifiées. Par ailleurs, des rumeurs bruissent sur de nouvelles contraintes pour pouvoir faire des remplacements avant d'avoir passé sa thèse.

Enfin, l'article L642-4-2 du code de la sécurité sociale créé par la LOI n°2018-1203 du 22 décembre 2018 - art. 47 (VD) oblige les remplaçants non thésés à s'affilier soit à la CARMF soit au RSPM à compter du 01 janvier 2020.

Face à ces menaces qui planent pour les internes et remplaçants non thésés, le SNJMG demande :

- Confirmation des conditions actuelles de remplacement pour les médecins et internes non thésés.
- Evaluation de l'encadrement, de la supervision et de l'acquisition de compétence en SASPAS pour la filière de MG (pour les autres spécialité, le SNJMG prône des évaluations nationales de stages spécifiques par spécialité).
- Concertation entre organisations nationales d'internes et organisations nationales d'enseignants, sur la base de cette évaluation, pour d'éventuelles modifications des conditions d'accès à la licence de remplacement qui s'appliqueront aux internes à venir.
- La possibilité laissée aux médecins remplaçants non thésés de s'affilier ou non à un régime de retraite/prévoyance (CARMF ou RSPM).

Du fait du calendrier, le SNJMG entend médiatiser le détail de ses revendications sur le sujet précis des remplacements avant les fêtes de fin d'année.

Le choix de la ministre de ne pas mettre en place toutes les garanties évitant aux internes de dépasser la limite légale de leur temps de travail et la désinvolture de sa réponse aux interrogations sur la qualité de la formation nous poussent à maintenir notre préavis de grève des internes de Médecine Générale, effectif depuis le 10 décembre 2019. Et son absence totale de réponse à nos revendications spécifiques, nous font préparer activement la journée nationale de mobilisation des internes, le 20 janvier 2020.

**Le SNJMG**

## Information sur les cotisations 2020 retraite/prévoyance pour les remplacements avant la thèse

Depuis 2018, les internes et médecins non thésés effectuant des remplacements sont théoriquement soumis à une obligation de cotisation à la CARMF.

Mais suite à la mobilisation des syndicats de futurs et jeunes médecins, le gouvernement a demandé à la CARMF de surseoir à l'appel de cotisation pour les années 2018 et 2019.

Cette question a été l'objet d'une revendication du SNJMG dans le cadre du mouvement des internes et c'est dans le cadre des discussions avec le ministère que le SNJMG peut faire le point d'information suivant :

En cohérence avec son projet de réforme des retraites, l'objectif du gouvernement est de rapprocher le régime de retraite des médecins du régime général avec, à terme, la disparition de la CARMF telle quelle existe actuellement. Ceci s'appliquera aux internes et médecins non thésés qui seront donc soumis à l'obligation de cotisation via le RSPM. Pour 2020, comme en

2018 et en 2019, il n'y aura pas d'appel à cotisation pour les remplaçants non thésés mais ce sera la dernière année : pour leurs revenus tirés de remplacements, les internes et remplaçants non thésés devront cotiser au RSPM à compter de 2021.



**Le SNJMG**

## Journée de mobilisation des internes (20 janvier 2020) : Les jeunes médecins généralistes rappellent leurs revendications

Depuis le 10 décembre 2019, les internes de médecine et de pharmacie ont entamé, à l'appel de trois organisations nationales (FNSIP, ISNI et SNJMG), un mouvement de mobilisation et de grèves concernant leur statut et leurs conditions d'exercice.

Comme les autres organisations, le Syndicat National des jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) demande en premier lieu le respect par tous les lieux de stage du droit du travail (temps de travail, repos de sécurité, astreintes, etc.) et l'utilisation effective de sanctions par les tutelles pour ceux ne respectant pas ce cadre légal. En revanche, Le SNJMG ne souhaite pas la rémunération d'heures effectuées au-delà de la limite du temps de travail réglementaire puisque cela consisterait à acheter une dérogation à la limite légale au détriment de la santé des internes et de la qualité des soins.

Le SNJMG demande pour les FFI les mêmes droits que ceux garantis aux internes et une rémunération à la hauteur des responsabilités réelles des uns et des autres avec un cadre de réévaluation programmée dans le temps.

Le SNJMG souhaite une action concrète contre les comportements sexistes, racistes, abusifs, etc. dont sont victimes ou témoins les internes en

créant un dispositif de collecte et d'accompagnement des internes exposés, avec l'assurance de la mise en œuvre d'actions correctrices (médiations, avertissements, formations, retraits d'agrèments) par les responsables pédagogiques ou hiérarchiques.

De façon plus large, et en lien avec les mobilisations des personnels hospitaliers, nous souhaitons un cadre de soin sécurisant pour les internes et les patient-e-s (effectifs, personnels d'encadrement, formation pédagogique, etc.) et une formation des internes de qualité, indemne de toute influence de l'industrie pharmaceutique.

Si le SNJMG accueille favorablement les précisions que le ministère lui a confirmé (\*) la semaine dernière (ex : pas d'appel de cotisation retraite/prévoyance en 2020 pour les internes et remplaçants non thésés, extension et amélioration des indemnités des internes en stages ambulatoires, travail de la DGOS pour l'application de la limitation du temps de travail des internes), il attend de savoir comment le ministère organisera les suites pratiques à donner à ces annonces et comment l'ensemble des organisations d'internes pourront y participer. Enfin, le SNJMG se désolé que les autres revendications du syndicat n'aient absolument pas été prises en compte par le gouvernement.

**Le SNJMG**

(\*) : Discussion entre le SNJMG et le ministère de la Santé (Janvier 2020).



# Mobilisation pour l'hôpital et grèves des internes de médecine (14 février 2020) : Les jeunes médecins généralistes défendent un système de santé efficient et accessible à tous !

Depuis le 14 novembre 2019, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) est impliqué dans le mouvement des personnels hospitaliers pour la sauvegarde de l'hôpital et du système de santé.

Depuis le 10 décembre 2019, les internes de médecine et de pharmacie participent, à l'appel de trois organisations nationales (FNSIP, ISNI et SNJMG), à un mouvement de mobilisation et de grèves concernant leur statut et leurs conditions d'exercice.

C'est dans le cadre de ces deux mouvements que le SNJMG soutient les mobilisations de ce jour en invitant les internes/FFI de Médecine Générale et jeunes généralistes hospitaliers à participer aux grèves et manifestations organisées ce jour à l'initiative des 3 collectifs nationaux (Inter Hopitaux, Inter Urgences et inter Blocs).

A cette occasion, le SNJMG tient à remercier tou-te-s ceux et celles qui se sont investis dans ces mobilisations depuis l'année dernière.

Cette mobilisation au long cours n'est pas sans conséquence pratique pour les jeunes praticiennes ni pour l'organisation des soins que nous avons à cœur de défendre. Aussi, nous proposons, à l'issue de cette journée, aux internes/FFI de Médecine Générale et à l'ensemble des jeunes généralistes hospitaliers la levée de notre préavis de grève (en cours depuis le 10 décembre 2019). Bien sûr, le SNJMG se réserve la possibilité ultérieure de déposer des préavis ponctuels dans le cadre de nouvelles journées de mobilisation pour l'hôpital et/ou en fonction de l'avancée des négociations avec le ministère.

S'il est licite de se réjouir de quelques avancées désormais actées pour les internes (ex : travail de la DGOS pour l'application effective de la limitation du temps de travail des internes, fond formation pour permettre aux internes de se

former sans le recours à l'industrie pharmaceutique, pas d'appel de cotisation retraite/prévoyance en 2020 pour les internes et remplaçants non thésés, extension et amélioration des indemnisations des internes en stages ambulatoires), le SNJMG ne cache pas une certaine amertume devant le manque d'ambition du ministère pour une amélioration significative des conditions d'exercice des internes/FFI de Médecine Générale et des jeunes généralistes hospitaliers. Pour illustrer cette amertume, le SNJMG déplore, par exemple, la sous-rémunération des FFI et l'absence d'implication des pouvoirs publics contre les comportements abusifs en médecine.

De même, malgré les avancées du dernier plan proposé pour l'hôpital, le SNJMG partage la frustration des trois collectifs hospitaliers : les réponses du gouvernement ne sont toujours pas à la hauteur des besoins de l'hôpital et du système de santé.

**Le SNJMG**

## Voici, le bilan analytique que le SNJMG tire de la mobilisation des internes à la veille d'une nouvelle journée de mobilisation pour l'hôpital et le système de santé

REVENDEICATIONS SNJMG	RÉPONSES MINISTÈRE
<p><b>Respect du temps de travail des internes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérification effective mensuelle du temps de travail effectué permettant d'organiser le planning à venir de façon à respecter la limitation du temps de travail en fin de chaque trimestre.</li> <li>• Reconnaissance et inclusion des demi-gardes dans le temps de travail hebdomadaire + Samedi matin compté comme demi-garde.</li> <li>• Interdiction d'accoler une (demi) garde à une garde de nuit + respect absolu du repos de sécurité après 24 heures d'affilée de travail.</li> <li>• Mise en place d'un tableau de sanctions pour le service/hôpital ne respectant pas le droit du travail.</li> <li>• Réévaluation nationale indépendante des agréments des stages hospitaliers et ambulatoires, incluant le respect du temps de travail comme critère incontournable.</li> <li>• Annulation du projet de rémunération des heures effectuées au-delà de la limite légale (revenant à une acceptation officielle du non respect du cadre légal).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La ministre prévoit des sanctions financières en cas de non respect de la législation (comme elle l'avait annoncé le 15 décembre 2019). Les tableaux de service et le temps de travail des internes sera présenté en CME ainsi que dans les facultés de subdivision des internes. C'est la DGOS qui va négocier les détails avec les différents acteurs. Le projet devrait aboutir pour le semestre de Novembre 2020.</li> <li>• Le ministère accepte que les demi-gardes soient reconnues et incluses dans le temps de travail hebdomadaire et donc rémunérées.</li> <li>• Le ministère ne propose rien pour les autres revendications.</li> </ul>
<p><b>Amélioration des statuts et des rémunérations :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rémunération des FFI alignée sur la rémunération des internes 1<sup>ère</sup> année pour les FFI non thésé-e-s et sur celle des internes 3<sup>ème</sup> année pour les FFI thésé-e-s.</li> <li>• Revalorisation des rémunérations de base et des gardes des internes/FFI avec perspectives de revalorisation régulière et amélioration des indemnités en stages ambulatoires.</li> <li>• Révision des grilles salariales des médecins hospitaliers sans pénalisation de spécialités (pas de différentiel de rémunération entre spécialités).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le ministère propose une indemnité d'hébergement pour les stages ambulatoires en zones sous-denses de l'ordre de 250-300 €, sans critère kilométrique + prime "vie chère" pour les internes franciliens.</li> <li>• La DGOS négociera les détails pour 2020 (mai ou novembre ?).</li> <li>• Le ministère ne propose rien pour les autres revendications.</li> </ul>

## REVENDEICATIONS SNJMG

## RÉPONSES MINISTÈRE

**Lutte contre les discriminations et pour un cadre d'exercice sécurisant aussi bien pour les internes/FFI que pour les patients :**

- Mise en place d'un dispositif de collecte des incidents et d'accompagnement des patients ou des internes/médecins victimes de ces incidents (avec notamment la création de stages de réserve pour les internes qui devraient être retirés de leur terrain de stage générateur de problème).
- Dispense d'astreintes à partir du 3<sup>ème</sup> mois de grossesse pour les internes/FFI enceintes.
- Respect du droit du travail aussi bien pour les activités en stage que pour les activités universitaires (ex : un arrêt de travail s'applique aussi bien à l'hôpital que pour les cours).
- Inclusion de ce paramètre dans les critères d'agrément de stage d'interne (comme pour le respect du droit du travail).
- Amélioration des procédures de choix de stages par la mise en place dans chaque subdivision d'un système informatisé couplant préchoix et choix de stages sur la base d'un logiciel libre géré par ARS, facultés et DMG, CHU et hôpitaux + tous les syndicats d'internes présents sur place.
- Refus de la procédure de matching pour la phase de consolidation de l'internat.
- Participation des internes aux congrès de toute organisation d'internes ou d'enseignants comptant pour les demi journées de formation, à condition qu'il n'y ait pas de participation de l'industrie pharmaceutique à ce congrès.
- Respect de la liberté syndicale des internes (pas d'obligation à adhérer à un syndicat pour bénéficier d'avantages que lui auraient délégués l'ARS ou les hôpitaux : calendrier des choix et liste des postes, chambre d'internat, badge d'interne, accès au parking médecins...) et non discrimination entre organisations syndicales (toutes les organisations syndicales d'internes traitées de la même façon par les autorités de tutelle (ARS, facs et hôpitaux de rattachement)).

- Concernant les cas de sexisme et de discriminations dont les internes seraient témoins ou victimes, le ministère rappelle que tous ces faits relèvent de la Loi et remarque qu'il n'y a pas tant de rapports d'incident que cela. Le ministère incite les syndicats d'internes à faire remonter les comportements inadaptés qui peuvent survenir localement, et mieux que les internes signalent ces problèmes en « événements indésirables » comme sur OSIRIS. Le ministère ne prévoit pas de ressources humaines ou de plateforme dédiée pour recueillir spécifiquement ces données.
- Le ministère se dit intéressé pour travailler (avec le SNJMG) sur les modalités d'organisation des choix de stages mais ne juge pas ce dossier prioritaire...
- Sans remettre en cause le matching pour la phase de consolidation de l'internat, le ministère est prêt à en rediscuter les modalités pratiques.
- Le ministère propose la création d'un fonds public pour la formation des internes pour compenser la fin des financements venant de l'industrie pharmaceutique.
- Le ministère ne propose rien pour les autres revendications.

**Lutte contre les entraves à la pratique des remplacements par des médecins/internes non thésés :**

- Confirmation du principe permettant aux internes ayant validé la moitié de leur stages d'internat (dont certains spécifiques à la pratique de la spécialité) d'avoir accès à la licence de remplacement.
- Pas de modification de la liste de stages indispensables pour l'obtention de la licence sans négociation préalable entre ministères, ordre, organisations nationales d'enseignants et organisations nationales d'internes + Pas d'application de cette modification pour les internes déjà engagés dans l'internat.
- Droit garanti aux internes - remplaçants non thésés de choisir entre 3 possibilités : affiliation à la CARMF (caisse de retraite/prévoyance des médecins libéraux), affiliation au RSPM (régime simplifié des professions médicales, créé par la LFSS2019), aucune affiliation (comme c'était le cas avant 2018).

- En cohérence avec le projet de réforme des retraites, l'objectif du gouvernement est de rapprocher le régime de retraite des médecins du régime général avec, à terme, la disparition de la CARMF telle qu'elle existe actuellement. Ceci s'appliquera aux internes et médecins non thésés qui seront donc soumis à l'obligation de cotisation via le RSPM. Pour 2020, comme en 2018 et en 2019, il n'y aura pas d'appel à cotisation pour les remplaçants non thésés mais ce sera la dernière année : pour leurs revenus tirés de remplacements, les internes et remplaçants non thésés devront cotiser au RSPM à compter de 2021.
- Le ministère ne propose rien pour les autres revendications.

# Étude des freins à l'appropriation de la Prophylaxie Pré-Exposition au VIH (PrEP) en soins premiers

## Enquête auprès de médecins généralistes dans le département de la Seine-Saint-Denis

### Introduction/état des lieux

L'infection par le VIH continue à constituer un problème de santé publique majeur à travers le monde. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le VIH a causé plus de 35 millions de morts à ce jour et 1 million de personnes sont décédées d'une complication ou des causes liées au VIH en 2016. Environ 36,7 millions de personnes sont estimées vivre avec le VIH dans le monde. Entre 2000 et 2016, le nombre de nouvelles infections a chuté de 39 % à l'échelle mondiale, alors qu'en 2015, il a augmenté de 7 % dans la zone européenne, avec un nombre de cas cumulatifs de plus de 2 millions.

En France, l'épidémie d'infection à VIH est toujours active, bien que les objectifs « 90-90-90 » de l'ONUSIDA (90 % de personnes vivant avec le VIH (PVIH) diagnostiquées, 90 % des personnes diagnostiquées sous traitement et 90 % des personnes sous traitement avec une charge virale contrôlée) soient en passe d'être atteints :

➤ La cascade de la prise en charge du VIH en France (Annexe 1) a pu être estimée pour l'année 2013. 84 % des personnes vivant avec le VIH étaient diagnostiquées, 90 % des personnes diagnostiquées étaient sous traitement et 90 % des personnes sous traitement avec une charge virale contrôlée (8).

On estime, pour l'année 2016 que 49 000 (IC à 95 % : 46 300 - 51 600) personnes vivaient avec le VIH avec une charge virale non contrôlée, dont la moitié environ, 24 700 (IC à 95 % : 22600 - 27000), non diagnostiquées et qu'environ 7 100 (IC à 95 % : 6 400 - 7 800) nouvelles infections à VIH se seraient produites.

➤ Les délais restent trop longs entre l'infection et le diagnostic, avec une médiane de diagnostic supérieure à 3 ans, ce qui compromet le contrôle de l'épidémie.

En 2016, on estime que près de 6 000 personnes (IC à 95 % : [5 538-6 312]) ont découvert leur séropositivité (Annexe 2). Après avoir diminué entre 2004 et 2011, le nombre de découvertes annuelles est stable sur la période 2011-2016. Ces découvertes étant le reflet à la fois de l'incidence du VIH et du recours au dépistage, il est difficile d'interpréter les tendances en termes de dynamique de l'épidémie.

Parmi les 6 000 personnes ayant découvert leur séropositivité en 2016, 30 % étaient des femmes (proportion stable depuis 2012). La proportion de jeunes de moins de 25 ans était de 12 % (proportion stable depuis 2003) et celle des seniors de 50 ans et plus, de 19 % (proportion stable depuis 2012). La majorité (52 %) des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2016 étaient nées en France, 31 % en Afrique subsaharienne, 8 % sur le continent américain ou en Haïti, 4 % en Europe (en dehors de la France), et 5 % dans une autre région du monde. Cette répartition n'a pas évolué sur les dernières années :

➤ L'augmentation de l'incidence des IST bactériennes se poursuit.

➤ Les populations les plus affectées par le VIH sont : les Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH), qu'ils soient nés à l'étranger ou en France, les usagers de drogues injectables nés à l'étranger, et les femmes et les hommes nés en Afrique subsaharienne.

L'étude PARCOURS réalisée de février 2012 à mai 2013 dans 24 services franciliens a permis d'interroger 898 personnes nées en Afrique subsaharienne et infectées par le VIH et/ou l'hépatite B.

La date de contamination par le VIH a été estimée à partir du déclin des CD4 selon deux scénarios basés sur la durée passée en France. Cette étude a montré que 35 à 49 % des personnes ont été infectées par le VIH après leur arrivée en France. Plus de 50 % des infections

VIH non diagnostiquées se situent dans trois régions : Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes. L'espérance de vie s'est améliorée, mais les inégalités sociales de santé ont un impact plus important chez les PVVIH que sur la population générale.

## Épidémiologie du VIH en Île-de-France : Seine-Saint-Denis en particulier en 2017

L'Île-de-France reste la région métropolitaine la plus touchée par l'infection due au VIH. Elle concentre 42 % des personnes ayant découvert leur séropositivité et près d'un tiers des personnes vivant avec le VIH en France habitent la région. Pour l'année 2015, on dénombre 2515 nouveaux diagnostics, et le sida a causé le décès de 139 franciliens (données de l'Observatoire Régional de Santé (ORS) Île-de-France). Ces données moyennes, masquent de très fortes disparités suivant les départements et les communes avec un gradient de 1 à 20 entre le nombre de personnes vivant avec le VIH entre les communes franciliennes. Ces disparités appellent donc des engagements fortement territorialisés dans la prise en charge de cette épidémie. Elle est par ailleurs concentrée sur deux groupes : les HSH et les personnes hétérosexuelles nées à l'étranger issues de pays à forte prévalence.



L'étude PREVAGAY 2015-Paris, est une enquête multicentrique de séroprévalence du VIH et des hépatites B et C, réalisée auprès des HSH fréquentant les lieux de convivialité gay à Nice, Montpellier, Lyon, Lille et Paris de septembre à décembre 2015. Elle a permis de constater une prévalence VIH élevée et de l'estimer à 19,1 %, IC95% [14,9 %, 24,2 %] parmi les HSH franciliens participant à l'enquête.

84,5 % IC95 % [75,7 %, 90,5 %] des HSH résidents d'Île-de-France séropositifs pour le VIH, étaient traités par antirétroviraux. Aucune différence n'était retrouvée selon le département de résidence des HSH séropositifs, en termes de diagnostic de l'infection ou de traitement.

Au niveau départemental, entre 2006 et 2016, le taux de découvertes de séropositivité VIH par million d'habitants est le plus élevé à Paris, suivi par le département de la Seine-Saint-Denis. Les hommes restent majoritaires avec 67 % des découvertes. Les personnes nées en Afrique sub-saharienne représentaient 45 % des découvertes en Île-de-France et 28 % en métropole hors Île-de-France.

Dans le département de la Seine-Saint-Denis le taux de découvertes de séropositivité VIH, se situait au-dessus de 300 découvertes par million d'habitants entre 2006 et 2008, autour de 300 par million d'habitants entre 2009 et 2013 et en-dessous de 300 par million d'habitants entre 2014 et 2016. Dans les autres départements de la région, les taux sont inférieurs à 300.

En 2014, pour une population de plus de 1,5 millions d'habitants soit 2,35 % de la population française et 13 % de la population d'Île-de-France, les nouveaux diagnostics représentent 5,9 % des nouveaux cas en France et 13 % des cas d'Île-de-France soit 389 cas (nombre le plus bas depuis 2003). Le taux rapporté à la population est de 250 par million soit 2,5 à 3 fois la moyenne nationale.

Au-delà des découvertes de séropositivité, Paris et la Seine-Saint-Denis se démarquent des autres départements, tant par la proportion élevée des admissions en Affection de Longue Durée pour le VIH (ALD 7) que par celle de l'ensemble des personnes en ALD 7 (Tableau 1).

**Tableau 1- Indicateurs départementaux sur le VIH selon le lieu de domicile :**

Taux de découvertes de séropositivité, d'Affections de longue durée pour VIH

Département Caractéristiques	75	77	78	91	92	93	94	95	IdF*	France
Découvertes de séropositivité en 2012 pour cent milles habitants	46.9	9.6	9	14.5	17.7	27.7	18.9	19.7	22.7	9.8
Admissions en ALD pour VIH en 2010 pour cent milles habitants	58.4	19.1	18.2	25.2	23.9	39.7	30.7	38	33.8	-
Ensemble des ALD pour VIH en 2010 pour cent milles habitants	716	194	165	232	296	446	332	263	362	-
Découvertes de séropositivité par million d'habitants [2006-2012]	645 à 462	<300	<300	<300	<300	>300	<300	<300	289	-
Découvertes de séropositivité par million d'habitants [2013-2014]	496	<300	<300	<300	<300	<300	<300	<300	206 à 289	-
Découvertes de séropositivité par million d'habitants [2014-...]	445	<300	<300	<300	<300	<300	<300	<300	206	-

71 % des découvertes concernent des personnes nées à l'étranger (15 % sont nées en Côte d'Ivoire, 10 % au Cameroun, 4 % au Congo, 4 % en Guinée, 4 % au Mali et moins de 4 % pour chacun des autres pays). Au total, seulement 12 % des cas concernent des hétérosexuels nés en France. Depuis 2006, en Seine-Saint-Denis, on assiste à une augmentation du nombre et de

la proportion de cas chez les HSH (26 % en 2014) et une baisse chez les hommes non HSH et les femmes.

La population vivant avec le VIH dans le département peut être estimée par le nombre d'ALD, ce sont au total près de 9000 personnes résidant dans le département qui étaient suivies en 2013 .

## Dépistage et prévention VIH

La Haute Autorité de Santé (HAS) considère que le dépistage de l'infection à VIH doit s'insérer dans une démarche de prévention reposant sur une information renouvelée et des messages clairs adaptés aux différents publics. La HAS (22) recommande que la priorité soit accordée au dépistage de l'infection par le VIH en direction des populations clés. Il convient ainsi de renforcer la fréquence du dépistage dans ces populations :

- ⊗ Tous les 3 mois chez les HSH.
- ⊗ Tous les ans chez les UDI (usagers de drogue injectable).

- ⊗ Tous les ans chez les personnes originaires de zones de forte prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.
- ⊗ La proposition de dépistage en population générale au moins une fois dans la vie entre 15 et 70 ans doit être maintenue.

Les trois modalités de dépistage (par un professionnel de santé, une association ou à l'initiative de l'individu lui-même) sont jugées complémentaires et doivent toutes être encouragées. **Le dépistage fait alors toujours partie d'une offre préventive diversifiée.**

La HAS rappelle que la démarche individuelle et volontaire de recours au dépistage de l'infection à VIH doit également être encouragée et facilitée.

### Prévention diversifiée

La prévention est définie dans le cadre de l'infection à VIH comme l'ensemble des mesures pour lesquelles le bon niveau de preuve scientifique justifie de les appliquer pour aboutir à un effet maximum de réduction de la transmission du VIH à l'échelle des populations. La prévention du VIH est qualifiée de prévention diversifiée car elle associe des mesures structurelles à des interventions biomédicales et comportementales, sachant qu'aucune d'entre elles prise isolément, ne peut aboutir à l'effet escompté et donc ne peut constituer la panacée.



La prévention du VIH, des hépatites virales et des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) repose sur un socle d'outils, de stratégies et de ressources diversifiées dont les piliers sont les dépistages, l'utilisation des préservatifs et la prévention biomédicale (vaccinations, Traitement Post-Exposition (TPE), Prophylaxie Pré-exposition (PrEP), le Traitement comme prévention ou *Treatment as Prevention* (TasP). La combinaison de ces interventions ainsi que l'augmentation de leur couverture au sein des populations clés sont essentielles pour infléchir la dynamique des contaminations.

Le préservatif masculin a eu un rôle majeur dans la lutte contre l'épidémie de VIH ; il reste aujourd'hui un outil indispensable dans le contexte de la prévention diversifiée en particulier parce qu'il est le seul à protéger des autres IST. Il est donc nécessaire d'en poursuivre la promotion, d'en faciliter l'offre et d'en permettre l'apprentissage dès l'entrée dans la sexualité.

Son efficacité réelle est estimée à 80 % dans les rapports hétérosexuels et à 64 % dans les rapports homosexuels masculins. Les incidents de préservatifs ne sont pas rares d'après les données disponibles.

### Place du médecin généraliste dans le dépistage et la prévention

Le Quotidien Santé (20) a réalisé un sondage en ligne en avril 2014, auprès d'un échantillon de 1 008 Français, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus (méthode des quotas) sur le rôle du médecin généraliste dans la prévention. Il en ressort qu'en matière de prévention, les français plébiscitent leur médecin généraliste. Selon ce sondage Opinionway, pour 93 % des personnes interrogées, le médecin traitant est l'acteur à qui ils accordent le plus leur confiance.

La médecine générale, en France, renvoie le plus souvent, dans ses représentations actuelles, à une conception d'un exercice solitaire, d'une médecine de soins et d'un paiement à l'acte qui semblent bien éloignés des préoccupations de santé publique. Pourtant, par leur activité quotidienne, les médecins généralistes remplissent, d'ores et déjà des missions de santé publique en particulier dans le champ de la prévention dite médicalisée : vaccination, dépistages opportunistes, incitation au dépistage organisé, conseils et guidance de type éducation à la santé (sexualité, parentalité, addictions, risques au travail...).

Les caractéristiques (avec certaines spécificités) des médecins généralistes devenus médecins traitants peuvent se décliner en atouts :

- ⊗ Ecoute, empathie, capacités de dialogue et de communication avec leurs patients.
- ⊗ Proximité géographique : ils sont répartis sur l'ensemble du territoire.
- ⊗ Connaissance du patient dans son environnement (famille, village, quartier...).
- ⊗ Capacité à aborder de nombreux sujets, avec toutes les générations : l'éducation à la sexualité, le suivi des adolescents dans les premières étapes de leur vie sexuelle est souvent un moyen d'entrer dans le système de santé, via les soins de premiers recours pour les dépistages des IST et la contraception.
- ⊗ Suivi sur la durée (suivi longitudinal).

L'enjeu pour la médecine générale consiste à concilier les deux approches (individuelle et collective) d'un territoire donné tout en répondant aux besoins de la population suivie. Il s'avère donc nécessaire d'informer les patients sur cette mission de santé publique du médecin généraliste, afin de rendre ce type d'action plus lisible et donc plus efficient. C'est quand il y a cohérence entre les messages nationaux et la pratique des médecins généralistes (« les antibiotiques, ce n'est pas automatique » ou la réforme du médecin traitant) que l'efficience est la plus grande.

Au regard des données recueillies en France (revue de littérature et analyse des données du SNIIRAM (Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie)), la proposition de dépistage de l'infection à VIH en population générale en cabinet de médecine générale s'est avérée acceptable par les médecins et les patients, mais n'a pas eu la dynamique attendue. Ces données ont confirmé le rôle central des médecins généralistes dans la prescription des tests de dépistage de l'infection à VIH en France et montré une augmentation des prescriptions de sérologies de dépistage de l'infection à VIH sur la période 2010 à 2013 après une diminution entre 2007 et 2009 (25).

## Prophylaxie pre-exposition au VIH (PREP)

La PrEP est une nouvelle méthode de prévention du VIH qui propose la prise d'un médicament actif contre l'infection par le VIH à une personne non infectée par le virus avant une exposition. Le schéma de prise est détaillé plus bas.

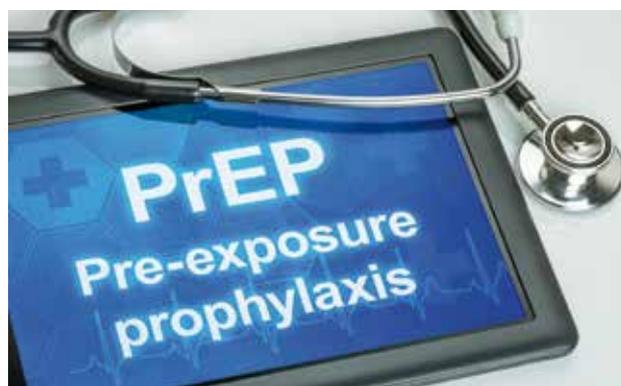
Plusieurs essais cliniques ont montré son efficacité comprise entre 44 % et 86 % (Tableau 2) dans la réduction de l'incidence du VIH dans des populations clés à forte incidence comme les HSH et les hétérosexuels nés à l'étranger (34). Sur la base de ces données émanant d'essais randomisés, la PrEP a vocation à devenir un pilier de l'arsenal préventif chez ces populations en complémentarité des autres outils et stratégies existantes.

Dans le cadre des prescriptions de soins en ambulatoire (praticiens exerçant à titre libéral), l'analyse des données de l'Assurance Maladie indique ainsi que, parmi les tests de dépistage réalisés en 2013, (à l'exclusion de ceux réalisés dans un cadre anonyme et gratuit), les deux tiers (66,7 %) ont été prescrits par un médecin généraliste. L'implication des médecins généralistes et d'autres spécialités de ville doit rester un levier privilégié de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH. L'implication des médecins généralistes et d'autres spécialités de ville dans cette démarche de proposition de dépistage de l'infection à VIH pourrait être facilitée :

- Si un acte fléché était créé en ce sens (le dépistage de l'infection à VIH est un dépistage moteur permettant la proposition ou la réalisation d'autres tests de dépistage ou de tests de dépistage multiples).
- Ou si le dépistage de l'infection à VIH était intégré à la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP).

La consultation de 3<sup>ème</sup> niveau débutée en novembre 2017 par la dernière convention médicale concernant les actes complexes comme la première consultation de contraception et de prévention des infections sexuellement transmissibles chez le généraliste et le gynécologue est une démarche intéressante en ce sens.

Ainsi, après le succès de l'essai ANRS IPERGAY mené en France (33), les autorités sanitaires ont rapidement décidé de rendre la PrEP disponible au travers d'une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) de la combinaison ténofovir disporoxil fumarate (TDF)/emtricitabine (FTC) ou TRUVADA® pour cette indication de janvier 2016 à février 2017.



**Tableau 2 : Principaux Essais de la PrEP (d'après recommandations du groupe d'experts - chapitre Prévention et dépistage)**

Population	Essais	Réduction de l'incidence du VIH	Antirétroviral Mode d'administration
HSH / Transgenre	- iPrEX - PROUD - IPERGAY	44 % 86 % 86 %	TDF/FTC oral tous les jours TDF/FTC oral tous les jours TDF/FTC oral à la demande
Hommes et femme hétérosexuels	- Partners PrEp - TDF 2	63 - 75 % 62 %	TDF oral tous les jours TDF/FTC oral tous les jours
Femmes	- CAPRISA - FACTS - FEM-PREP - VOICE	39 % 0 % 6 % 49 % - 15 %	TDF gel à la demande TDF gel à la demande TDF/FTC oral tous les jours TDF oral / gel tous les jours
Usagers de drogues injectables	- BTS	49 %	TDF gel tous les jours

HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; FTC : emtricitabine ; TDF : tenofovir disoproxil fumarat

A partir de mars 2017, l'AMM de cette association en prévention du VIH au travers d'une prise quotidienne pour les HSH en a fait le cadre de référence de prescription de la PrEP en France avec un remboursement intégral du médicament. Les premières données de suivi post-essai pendant 18 mois de la cohorte IPERGAY confirment l'excellente efficacité de la PrEP à la demande chez les HSH, estimée à 97 % (24).

Les résultats des études médico-économiques existantes montrent le caractère coût-efficacité de la PrEP auprès de la population HSH et UDI à risque élevé d'infection par le VIH (18). La mise sur le marché du générique du TRUVADA®, le ténofovir disoproxil fumarate/emtricitabine depuis juillet 2017, permet une baisse importante du coût de prise en charge et améliore le rapport coût-efficacité de la PrEP en France.

L'utilisation de la PrEP a montré une baisse de l'incidence du VIH à San Francisco depuis son autorisation de mise sur le marché par la FDA en 2012 et plus récemment à Londres.

La PrEP s'adresse aussi bien à des hommes et des femmes exposés par leurs pratiques à un haut risque de contracter le VIH. Cette prévention a pour but de réduire le risque d'être infecté.

La PrEP est désormais une priorité forte dans la stratégie de prévention diversifiée, notamment pour les HSH.

Elle est réservée à la prévention du seul VIH et, selon les recommandations actuelles, aux individus et aux populations les plus exposés à celui-ci. Le préservatif est le seul moyen de prévention du VIH et des autres IST qui soit disponible pour tous, hommes et femmes, dans les relations entre hommes comme dans les relations hétérosexuelles. Il est donc essentiel que chaque personne puisse s'en procurer, sache le proposer et l'utiliser, et surtout voit son utilisation acceptée par ses partenaires. La promotion du préservatif reste alors d'actualité avec la nécessité d'un contenu renouvelé eu égard à l'étendue de la protection qu'il apporte, à sa complémentarité avec les autres méthodes de prévention de la transmission du VIH, au respect de l'autonomie de chacun dans le choix de sa prévention et à une offre répondant de façon plus adéquate à des besoins diversifiés. Néanmoins, avec des taux d'utilisation faibles chez des populations à risque, notamment les HSH avec de multiples partenaires (étude IPERGAY et autre), la prévention du VIH ne peut seulement reposer sur lui.

Bien que des principes actifs et modalités d'administration différenciées aient été testés ou sont en cours d'expérimentation, **la prise quotidienne en continu d'un comprimé** de TRUVADA® est la seule stratégie de PrEP recommandée dans le cadre de l'AMM. Cependant, la HAS autorise **l'administration à la demande** selon le schéma de l'étude IPERGAY, en phase avec les recommandations Européennes.

**En cas de prise continue**, la recommandation actuelle est d'attendre sept jours après la première prise pour un rapport à risque pour les HSH et personnes transgenres ayant des relations anales et 21 jours chez les femmes, périodes correspondant aux délais d'atteinte de la concentration maximale dans les muqueuses exposées. En cas d'arrêt de la PrEP, elle doit être poursuivie jusqu'à 2 jours après le dernier rapport sexuel. Puis il est possible que le patient recommence de nouveau à prendre en continue après cet arrêt. Ceci après avoir discuté avec son médecin (généralement ces questions sont abordées au cours des consultations).

**La prise discontinuée** consiste en une 1<sup>ère</sup> prise de 2 comprimés à prendre en même temps entre 2h et 24h avant le rapport sexuel, la 2<sup>ème</sup> prise d'un comprimé à prendre environ 24h (+/- 2h) après la 1<sup>ère</sup> prise, la 3<sup>ème</sup> prise d'un comprimé à prendre environ 24h (+/- 2h) après la 2<sup>ème</sup> prise. En cas de rapports répétés, il faut poursuivre avec 1 comprimé par jour jusqu'à 2 jours après le dernier rapport sexuel. Il est recommandé de prendre TRUVADA® à heure fixe et avec des aliments pour faciliter l'absorption et limiter les effets indésirables digestifs. L'efficacité de la PrEP n'est optimale que si les schémas de prise sont respectés. La PrEP en discontinu ne peut pas être recommandée à d'autres populations exposées que les hommes en l'état actuel des connaissances.

Le TRUVADA® peut entraîner des effets indésirables peu graves (nausées, diarrhée, douleurs abdominales, maux de tête, etc.) mais aussi des effets indésirables plus graves comme une insuffisance rénale ou une fragilité osseuse. Ces effets sont dus au ténofovir présent, avec l'emtricitabine, dans le TRUVADA®. Il est donc important

de vérifier la fonction rénale avant et pendant le traitement. Il est déconseillé d'utiliser TRUVADA® avec d'autres médicaments pouvant majorer la toxicité rénale, comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens (ibuprofène par exemple). Néanmoins, les données disponibles provenant des essais cliniques sont plutôt rassurantes quant à la toxicité rénale : on n'observe que de 1 à 2 % d'augmentation de la créatinémie, et ces chiffres sont comparables dans les bras témoin, non exposés à la PrEP.

Depuis avril 2017, seul un médecin expérimenté dans la prise en charge de l'infection par le VIH, exerçant à l'hôpital ou dans un Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) peut faire la première prescription d'initiation de la PrEP, mais le renouvellement de l'ordonnance peut être réalisé par tout médecin, en ville ou à l'hôpital, dans le cadre du suivi trimestriel. Il faut une première consultation avec évaluation des pratiques sexuelles et prescription d'un bilan biologique complet avec notamment le dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Ce bilan peut être prescrit par le médecin traitant et réalisé en ville, afin de permettre de diminuer la charge des services initiant la PrEP et ce faisant de réduire les délais d'accès et d'initiation de la PrEP. La PrEP est prescrite lors d'une deuxième consultation avec l'interprétation des résultats des examens, évaluation des pratiques sexuelles si cela n'a pas été déjà réalisé et conseils de prévention diversifiée.

Une consultation de suivi a lieu un mois plus tard et doit permettre de tirer des conclusions sur la tolérance de la PrEP, la compréhension du schéma médicamenteux utilisé. Puis, un suivi est programmé tous les 3 mois.

La PrEP est déjà disponible dans les services de Maladies Infectieuses et les CeGIDD du département de la Seine-Saint-Denis et est étendue aux CeGIDD non hospitaliers.

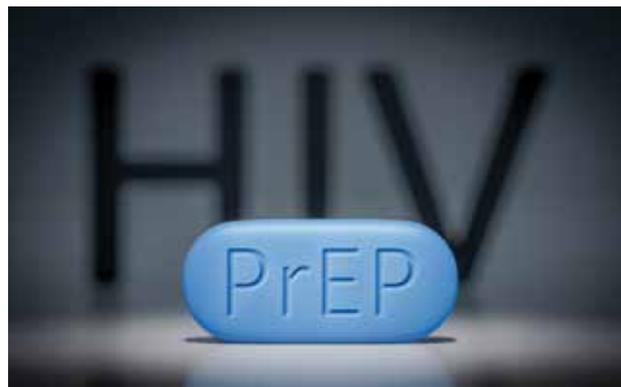
Après les initiatives associatives, à l'automne 2016, une première campagne publique nationale « Les situations varient, les modes de protection aussi » s'est adressée aux HSH au-delà des cercles

en avant-garde de l'information pour présenter les outils de la prévention diversifiée. Il reste à amplifier au niveau départemental (en tenant compte de ses spécificités de population) les relais d'information de proximité et le repérage lors des consultations pour le dépistage.

L'idée de cette thèse est née *premièrement* dans le constat d'un contexte de prévalence et d'incidence du VIH en nette progression en Seine-Saint-Denis. *Deuxièmement* de l'émergence d'un nouvel outil la PrEP dans le cadre de la prévention diversifiée, personnalisée vis-à-vis du VIH. *Troisièmement* devant le rôle central du médecin généraliste dans la prévention, sa proximité géographique vis-à-vis des patients dans leur lieu de vie.

*Ainsi face à ces trois constats, nous nous sommes intéressés aux freins éventuels à l'appropriation par le médecin généraliste de la PrEP dans la prévention du VIH dans ce département.*

La PrEP, par sa nouveauté et sa prescription initiale hospitalière ou CeGGID est peu connue par la communauté médicale.



L'AMM et la possibilité de renouvellement par les médecins généralistes est très récente. Nous avons fait l'hypothèse que peu de médecins généralistes connaissent la PrEP. L'objectif principal de ce travail, est de recueillir via un questionnaire quantitatif, les freins d'appropriation par les médecins généralistes de la Seine-Saint-Denis, dans le cadre précis de la PrEP. La question posée au travers de cette étude était : Quelles sont les connaissances et attitudes des médecins généralistes exerçant en Seine-Saint-Denis, département à forte incidence du VIH, à propos de la PrEP ?

## Conclusion

L'incidence et la prévalence du VIH ne cesse de stagner voire augmenter malgré les moyens de prévention mis en place. L'observation de l'essoufflement du modèle traditionnel de lutte contre le VIH, a fait surgir un nouveau modèle de prévention diversifiée de prévention. La PrEP a démontré son efficacité à travers de nombreuses études et est en étude de façon prospective à longue échelle dans la « vraie vie » (étude ANRS PREVENIR). Les médecins généralistes jouent un rôle indéniable et sont plébiscités dans la prévention, avec une approche centrée sur le patient.

La Seine-Saint-Denis, comme Paris, s'est engagée à une Île-de-France sans SIDA en 2030 dans le cadre des objectifs 90-90-90 de l'OMS. La connaissance de la PrEP chez les médecins de Seine-Saint-Denis, avec deux-tiers des interrogés qui connaissaient ce moyen de prévention, reste acceptable, deux ans après sa mise en place et un an après la possibilité pour les médecins généralistes de renouveler ce traitement. Néanmoins, ce chiffre reste bas. Dans le cadre d'une approche globale de prévention et afin de lutter contre l'épidémie du VIH, les prescriptions de PrEP en soins primaires doivent encore se développer. Des campagnes de communication et de formation, orientées aux médecins généralistes, permettront de mieux faire connaître son efficacité, ses indications et ses limites.

De cette thèse, il serait intéressant de s'interroger sur la difficulté ou la facilité d'aborder la sexualité en médecine générale. Il serait intéressant de confronter le point de vue des patients à avoir des discussions ouvertes avec leurs médecin traitant vis-à-vis de leur sexualité, ainsi que le ressenti des médecins dans ces situations. Cela pourrait être exploré à l'aide d'études qualitatives.

Par le **Docteur Hervé FOKA TICHOUÉ**

## Pénurie de masques chirurgicaux : Quelles solutions ?

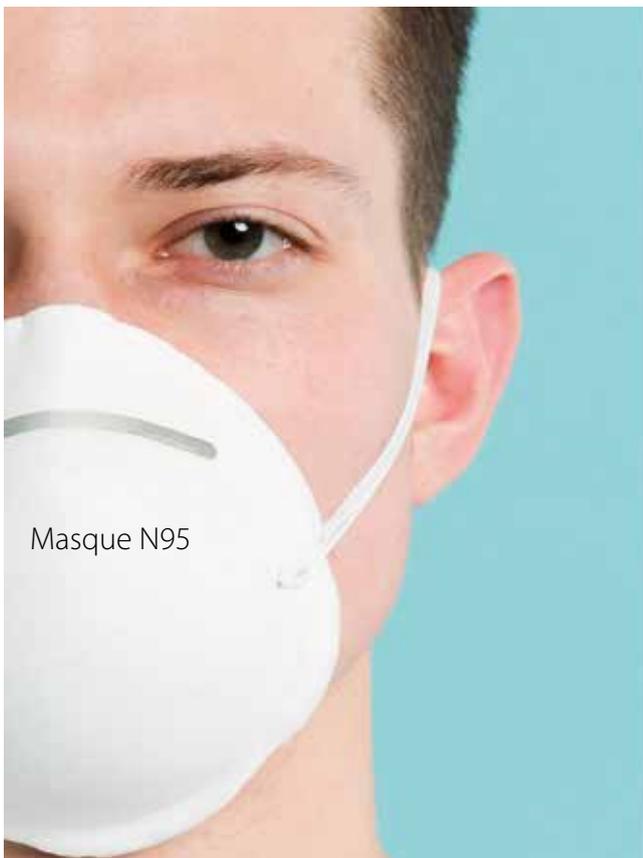
Dans la perspective d'une pandémie de Covid-19, l'inquiétude face à une pénurie de masques grandit. Outre la diminution des quantités produites en Chine, le fait qu'ils ne soient ni réutilisables, ni lavables et que leur durée d'utilisation soit courte participe à la survenue de cette pénurie. Est-il envisageable de les réutiliser tout de même et/ou de fabriquer des masques avec des matériaux courants, comme cela est proposé par de nombreux internautes ?

### Types de masques du commerce

Deux grands types de masques existent : les équipements de protection individuelle ou EPI (dont font partie les masques FFP2 ou N95), destinés à protéger le porteur du masque, et les masques chirurgicaux, dits « antiprojections », qui protègent l'environnement du porteur et sur lesquels nous focaliserons notre attention. Ces derniers sont destinés à éviter la transmission par voie de gouttelettes ( $> 5 \mu\text{m}$ ) ou par voie aérienne (transmission aéroportée de particules  $< 5 \mu\text{m}$ ).

Ils doivent être utilisés par les malades dès les premiers symptômes lorsqu'ils sont en présence d'une personne les approchant à moins d'un mètre<sup>1</sup>.

Les masques antiprojections répondant aux normes CE semblent être tous à usage unique. La durée maximale d'utilisation est fixée par le fabricant, et est généralement de l'ordre de 3 à 5 heures. Il faut également le changer en cas de souillure, de projection, s'il a touché et/ou s'est abaissé au niveau du cou<sup>2</sup> ou encore s'il est humide, car cela diminue son efficacité.



Masque N95



Masque chirurgical

## Réglementation et types de masques chirurgicaux

Les masques chirurgicaux appartiennent aux dispositifs médicaux de classe I (marquage «CE»)³. Ils sont habituellement composés d'une couche filtrante placée entre deux couches de non-tissés, et ne doivent pas se décomposer, se séparer ou se déchirer lors de leur utilisation. Ils doivent pouvoir être ajustés étroitement sur le nez, la bouche, le menton et permettre une parfaite étanchéité sur les côtés. Cinq tests permettent d'évaluer la performance des masques chirurgicaux (tableau 1) :

⊗ **Efficacité de filtration bactérienne (EFB).** Ce test permet de mesurer in vitro le nombre d'unités formant colonies (UFC) traversant le matériau. Si le masque comporte différentes zones ou couches, chacune est testée individuellement, et l'indice d'EFB est celui de la couche la moins performante.

⊗ **Respirabilité.** Ce test évalue la résistance du masque au passage d'un flux gazeux et garantit le confort du porteur du masque. La différence de pression de part et d'autre du matériau est déterminée dans des conditions spécifiques de débit d'air, de température et d'humidité.

⊗ **Test de résistance à la projection.** C'est la capacité à bloquer les projections de liquide contaminé. Il n'est requis que pour les masques de type R.

⊗ **Propreté microbienne.** C'est le nombre de microorganismes sur le masque commercialisé (charge microbienne).

⊗ **Biocompatibilité.** Elle garantit l'absence d'effet indésirable grâce à trois tests : test de cytotoxicité, test de sensibilisation et test de réaction intradermique.

Essai	Type I*	Type II	Type IIR
Efficacité de filtration bactérienne (%)	≥ 95	≥ 98	≥ 98
Pression différentielle (Pa / cm <sup>2</sup> )	< 40	< 40	< 60
Pression de la résistance aux projections (kPa)	Non exigée	Non exigée	≥ 16,0
Propreté microbienne (UFC / g)	≤ 30	≤ 30	≤ 30

\*Les masques de types I sont destinés aux patients pour la réduction du risque de propagation des infections, mais ne suffisent pas pour l'utilisation au bloc opératoire.

**Tableau 1. Performances des masques chirurgicaux selon leur type**

D'autres tests in-vivo peuvent être effectués, hors de ce cadre réglementaire, par exemple la mesure du facteur de protection, qui est le rapport du nombre de particules en suspension à l'extérieur du masque sur le nombre de particules en suspension à l'intérieur du masque, ce dernier étant placé sur le visage d'une personne.

## Matériaux et dimensions des masques

Les masques chirurgicaux sont tous composés de trois couches de polypropylène non-tissé. Ils ont une taille standard de 175 x 95 mm (± 5 mm). Une barrette nasale, généralement faite en aluminium et qui ne doit pas entrer en contact avec la peau, permet un ajustement à la morphologie du patient et garantit l'étanchéité du masque. Le polypropylène est un thermoplastique aux nombreux avantages : peu coûteux,

de température de fusion faible (145 à 175°), ce qui facilite les procédés de fabrication, il est aussi infroissable, peu déchirable, hydrophobe<sup>4</sup>.

Connaître l'histoire des matériaux utilisés permet d'envisager des alternatives : dans les années 1890, Huebner a découvert que les masques composés de plusieurs couches présentaient des performances supérieures aux monocouches<sup>4</sup>.

En 1918, Doust et Lyon ont montré quant à eux que l'utilisation de couches fines était plus efficace que celle de couches épaisses. La question du choix du matériau a évolué dans les années 60, avec la supériorité démontrée des matériaux plastiques par rapport aux bandes de gaze utilisées jusque-là<sup>5</sup>. Puis l'intérêt des fibres non-tissées a été découvert : ces fibres sont orientées de façon aléatoire, rendant leur structure homogène et compacte<sup>6</sup>. Par ailleurs, l'utilisation des matériaux synthétiques en fibres non-tissées a été évaluée, par rapport à celle des fibres tissées de coton, et a deux avantages :

- Un meilleur effet barrière, avec une efficacité de rétention bactérienne moyenne de 90 à 99 % pour les fibres non-tissées contre 14 à 32 % pour le coton tissé.
- Un relargage particulaire diminué de 80 %<sup>4</sup>.

Des fibres naturelles non-tissées existent également et peuvent se trouver dans le commerce : coton, lin, jute et laine<sup>7</sup>. L'entretien de masques en fibres naturelles en vue d'une réutilisation pose cependant deux questions. D'une part, on ne peut pas compter sur la disparition spontanée rapide du coronavirus : sa persistance sur une surface est encore mal connue, mais probablement proche de celle des autres coronavirus, c'est-à-dire de quelques heures à quelques jours. Cette durée dépend du type de surface, de la température et de l'humidité ambiante<sup>1</sup>. Les moyens d'inactivation proposés dans la littérature sont des agents biocides<sup>7</sup>. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'évaluation de l'efficacité du lavage ou de la stérilisation. D'autre part, les propriétés des tissus peuvent être altérées par ces traitements. Par exemple, on sait que les lavages successifs du coton non-tissé cassent ses fibres et augmentent relargage particulaire et risque de contamination<sup>4</sup>.

## Évaluations des masques « faits maison »

L'efficacité de masques « faits maison » a été évaluée dans plusieurs études. Une première<sup>8</sup> comparait un masque artisanal fait en torchon (dont les caractéristiques matériau et la forme exacte n'étaient pas précisées) avec un masque chirurgical. Le facteur de protection était toujours meilleur avec le masque chirurgical (rapport de 1,3 à 2,3 avec le masque en torchon, pour des

valeurs absolues de 3,6 à 6,5 pour le masque chirurgical contre 2,4 à 4,3 pour le masque en torchon), mais cette différence tendait à s'atténuer avec le temps (tableau 2). Un test sur tête artificielle montrait également une moindre différence pour des fréquences respiratoires élevées (15/min *versus* 40/min).

Durée de port antérieur	Pas d'activité	Hochoer de la tête	Faire « non » de la tête	Lire à voix haute	Marcher
Essai isolé	1,6	2,3	2,1	1,7	1,8
H0	1,4	1,5	1,5	1,9	1,9
H3	1,4	1,4	1,7	1,4	1,3

Tableau 2. Facteur de protection du masque chirurgical par rapport au masque en torchon

Une seconde étude<sup>9</sup> comparait, entre autres, les caractéristiques de filtration et de confort de plusieurs matériaux courants ainsi que du masque chirurgical. Le masque chirurgical avait la

meilleure efficacité, surtout pour les bactéries les plus petites, suivi de près par le sac d'aspirateur, dont la respirabilité était par contre mauvaise (« pression différentielle » élevée) (Tableau 3).

	Efficacité de filtration bactérienne (%)		Pression différentielle (Pa / cm <sup>2</sup> )
	Bacillus atrophaeus (0,25-1,25 µm)	Bacteriophage MS2 (23 nm)	
Masque chirurgical	96,35	89,52	5,23
Torchon	83,24	72,46	7,23
Tee-shirt 100 % coton	69,42	50,85	4,29
Foulard	62,30	48,87	4,36
Taie d'oreiller	61,28	57,13	3,88
Taie d'oreiller antimicrobienne	65,62	68,90	6,11
Sac d'aspirateur	94,35	89,95	10,18
Mélange de cotons	74,60	70,24	6,18
Laine	60,00	61,67	4,50
Soie	58,00	54,32	4,57

**Tableau 3. Efficacité de filtration bactérienne et pression différentielle de différents objets courants**

## Conclusion

Face aux incertitudes et au manque d'information concernant l'approvisionnement en masques ainsi qu'à la circulation de données contradictoires qui inévitablement émergent dans ce type de situations, un certain nombre de travaux scientifiques permettent de poser des points repères : les masques artisanaux sont moins performants que les masques du commerce concernant la filtration des bactéries. La protection vis-à-vis des virus (et notamment des coronavirus) n'a pas, à notre connaissance, été évaluée. Néanmoins, les performances de ces masques sont loin d'être négligeables, en tant que masques antiprojections, et des améliorations pourraient être proposées quant à leur fabrication. Notamment, il n'est pas certain que les masques testés étaient multicouches, comme ceux du commerce, or cette caractéristique est importante. Ils n'étaient pas non plus en fibres non-tissées. Par ailleurs, deux problèmes de sécurité d'utilisation sont notés : d'une part l'usage d'une barrette métallique à proximité des yeux et d'autre part la biocompatibilité des matériaux utilisés. Les modalités d'entretien avant éventuel ré-usage reste à établir.

La prudence est donc de mise car ni l'intérêt de ces masques vis-à-vis du CoViD-19 ni même la sécurité d'utilisation ne sont assurés.

Article de **Marie THAZARD et des docteurs Pierre FRANCES et Aurélie TOMEZZOLI**

## Bibliographie

1. Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) : questions-réponses. <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>. Published 2020. Accessed March 3, 2020.
2. CClin. *Recommandations Pour l'utilisation Des Masques Médicaux et Des Appareils de Projection Respiratoire Dans Les Établissements de Santé*. Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales; 2017:37. [http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin\\_arlin/cclinSudOuest/2006\\_personnel\\_CCLIN.pdf](http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin_arlin/cclinSudOuest/2006_personnel_CCLIN.pdf). Accessed February 29, 2020.
3. Masques à usage médical. Exigences et méthodes d'essai. NF EN 14683:2019. March 2019.
4. Meyzenc E. Non tissés et textiles à usage opératoire: étude comparative des deux concepts : étude théorique et économique. 1989.
5. Spooner JL. History of Surgical Face Masks. *AORN J*. 1967;5(1):76-80. doi:10.1016/S0001-2092(08)71359-0
6. CARAMARO L. Textiles à usage technique. Ref: TIP588WEB - "Textiles industriels." <https://www.techniques-ingenieur.fr/base-documentaire/materiaux-th11/textiles-techniques-42655210/textiles-a-usage-technique-n2511/>. Published April 10, 2006. Accessed March 3, 2020.
7. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect*. 2020;104(3):246-251. doi:10.1016/j.jhin.2020.01.022
8. Van der Sande M, Teunis P, Sabel R. Professional and home-made face masks reduce exposure to respiratory infections among the general population. *PLoS One*. 2008;3(7):e2618. doi:10.1371/journal.pone.0002618
9. Davies A, Thompson K-A, Giri K, Kafatos G, Walker J, Bennett A. Testing the efficacy of homemade masks: would they protect in an influenza pandemic? *Disaster Med Public Health Prep*. 2013;7(4):413-418. doi:10.1017/dmp.2013.43

# 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



## VOUS VOULEZ EXERCER LA MÉDECINE SANS CONTREPARTIE ADMINISTRATIVE TOUT EN CONJUGUANT UNE VIE PERSONNELLE ÉQUILIBRÉE (famille, loisirs, etc.).

Alors rejoignez notre centre de santé et notre équipe composée de deux médecins généralistes.

Notre centre de santé vous mettra à disposition tout le matériel médical nécessaire à votre activité ainsi qu'un secrétariat médical capable de prendre en charge la gestion administrative de votre activité : Prise de rendez-vous, règlement, dossier patientèle, etc.

Située sur la commune de Cannes Écluse (77130), 2 500 habitants, l'association « Centre de santé de Cannes Écluse » est à la recherche de médecins généralistes pour participer à un projet de santé collectif et innovant sur un bassin de vie médical comptant environ 11 000 habitants.

Lieu de soins de proximité ouvert à tous ceux qui le souhaitent, la mission du centre de santé est de dispenser des soins de premier recours permettant une prise en charge globale de la santé des patients.

Notre Centre de Santé fait pleinement partie intégrante des moyens concourant à la couverture sanitaire du secteur :

- => Consultations de médecine générale sur rendez-vous pendant les heures d'ouverture du centre.
- => Régulation et accueil des urgences pendant les heures d'ouverture.
- => Visites à domicile et en EHPAD, sur demande et suivant l'appréciation par les médecins de l'état de santé du demandeur (uniquement pour les patients dans l'incapacité de se déplacer).

### LOCALISATION

À 20 mn de Fontainebleau, 30 mn de Melun ou de Sens, 45 mn de Paris, Cannes Écluse vous offre :

- => De nombreux services (accueil de loisirs, restauration scolaire et accueil périscolaire, écoles maternelle et élémentaire, collège et lycée à proximité).
- => Un tissu associatif riche et diversifié dans la commune et les communes proches.
- => Des commerces de proximité, une zone commerciale et de loisirs (cinéma, bowling, à proximité).
- => À 50 minutes de Paris gare de Lyon en train et à proximité de l'A6 et de l'A5.

### EMPLOI

- => Conditions de travail attractives : 35 heures hebdomadaires ou temps partiel du lundi voire le samedi matin à planifier dans une amplitude de journée (8h00 à 20h00 sauf le samedi).
- => CDI.
- => Salaire fixe garanti.

### CONTACT CANDIDATURE

Mail : [centerantecanneseccluse@gmail.com](mailto:centerantecanneseccluse@gmail.com)

Président association : Marc VAN ROSSEM - 06 02 08 64 42

## LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE PARIS

recrute pour son Centre d'Examens de Santé

# DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

POSTES À POURVOIR EN CDI - TEMPS PARTIEL

Pour réaliser des Examens de Prévention en Santé (examens cliniques, dépistage, éducation en santé, prévention)

Adresser CV + lettre de motivation

Dr Fiorentino - Tél. : 01 53 44 59 06 - [simone.fiorentino@assurance-maladie.fr](mailto:simone.fiorentino@assurance-maladie.fr)



Fondation reconnue d'utilité publique, Santé Service est le premier acteur de l'hospitalisation à domicile (1 100 salariés - 1 790 patients franciliens). Les principales typologies des patients hospitalisés sont la cancérologie, les soins palliatifs, les maladies neurologiques, les maladies cardio-respiratoires, les plaies chroniques ou post-chirurgicales... Elle gère également un organisme de formation (Santé Service Formation), des services de soins infirmiers à domicile, ainsi que de la prestation de santé à domicile.

## MÉDECINS COORDONNATEURS EN HAD (h/f)

CDI ou CDD - temps plein ou temps partiel - 3 sites en Ile-de-France : Cergy, Montreuil, Chevilly-Larue

Vous rejoignez une équipe médicale de pôle et êtes le référent médical sur un territoire dédié. Vous assurez la coordination médicale ville-hôpital et favorisez la coordination avec l'ensemble des intervenants. Vous vous impliquez dans l'activité quotidienne du pôle : travail en équipe, valorisation des prestations, formation des professionnels, amélioration de la qualité et évaluation des pratiques. Dans le cadre de la garantie de continuité des soins, vous pourrez être amené à prescrire si le médecin traitant ne peut intervenir.

Médecin généraliste ou spécialiste, clinicien avec une expérience ville ou hôpital, vous souhaitez vous investir dans l'amélioration des parcours de soins et dans les relations ville-hôpital.

Vous participez également, selon votre expertise, à la vie institutionnelle de l'établissement : CME et autres instances, missions transversales de développement, de formation ou d'information, partenariats avec les prescripteurs, les réseaux de santé ...

Adressez votre candidature à Virginie SAUVE, Responsable Développement RH - Tél : 01 46 97 59 81 - mail : [virginie.sauve@fondation-santeservice.fr](mailto:virginie.sauve@fondation-santeservice.fr)  
FONDATION SANTÉ SERVICE - 15 quai de Dion Bouton 92816 Puteaux Cedex - [www.fondation-santeservice.fr](http://www.fondation-santeservice.fr)



AFAPAL

La ville de Nogent-sur-Oise recrute

# SON DEUXIÈME MÉDECIN GÉNÉRALISTE salarié

La commune de Nogent-sur-Oise, située en région Hauts-de-France, est la quatrième ville du département de l'Oise avec environ 20 000 habitants. Située aux portes de Paris et à moins d'une heure en train, c'est une ville attrayante disposant de nombreux atouts avec des équipements publics de qualité, de nombreux commerces, une vie associative, sportive et culturelle dense et un tissu économique dynamique.

Pour répondre aux besoins de ses habitants en matière d'offres de soins, la municipalité a fait le choix de créer un centre de santé avec une ouverture prévue en février 2020.

La ville de Nogent-sur-Oise recrute 2 médecins généralistes salariés à temps complet pour l'ouverture de son centre municipal de santé.

Le centre de santé sera situé en centre-ville. Il offrira un cadre de travail agréable avec des locaux rénovés et adaptés entièrement aménagés et accessibles (praticiens salariés avec un travail en équipe). Les tâches administratives seront déléguées à deux secrétaires. Des réunions de coordination pluri-professionnelles seront programmées.

Docteur en médecine, inscrit à l'Ordre des Médecins et autorisé à l'exercice de la médecine générale (qualités relationnelles vous permettant d'accueillir tous types de publics). Travail en équipe et en réseau ; adhésion au projet de santé ; titulaire du permis B. Salaire mensuel net entre 5 000€/6 000€ avec une rémunération statutaire basée sur la grille indiciaire de Praticien Hospitalier et en fonction de la qualification et l'expérience professionnelles. Véhicule de service.



Pour toute candidature, contacter le CCAS de Nogent-sur-Oise au 03 44 66 41 23 [mairie@nogentsuroise.fr](mailto:mairie@nogentsuroise.fr) [www.nogentsuroise.fr](http://www.nogentsuroise.fr)

Ou directement Monsieur Philippe SANCHEZ, Directeur Général Adjoint des Services en charge des affaires sociales et des solidarités au 06 18 41 96 17 [p.sanchez@nogentsuroise.fr](mailto:p.sanchez@nogentsuroise.fr)





**LA VILLE DE COURTENAY**  
(LOIRET – 4 147 hab)

**RECRUTE**

## MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE VILLE H/F

À temps complet ou non complet, salariés de la ville.  
Cadre d'emploi des Médecins territoriaux.  
Titulaire ou contractuel.

Avec plus de 4 100 habitants, Courtenay est géographiquement située dans le département du Loiret en région Centre-Val de Loire (région naturelle du Gâtinais).

En voiture, il faut moins d'une heure pour rejoindre Courtenay et l'Île-de-France (Fontainebleau, Melun ou d'Evry) et d'Orléans. Située à côté de Montargis et également proche de Sens ou d'Auxerre (département de l'Yonne), cette ville est le point de jonction entre plusieurs grands axes routiers dont les autoroutes A6, A19 et A77.

En rejoignant cette commune fleurie, disposant de commerces, d'écoles (crèches, primaires et collèges) et où il fait bon vivre, vous mettez vos compétences et votre talent au service de la lutte contre la désertification médicale et au profit d'une collectivité territoriale dynamique et solidaire.

### MISSIONS

Au sein du futur centre de santé communal doté de locaux équipés et adaptés à l'accueil des patients, vous participez au parcours de santé de la population en lien avec les autres acteurs de santé du bassin de vie Curtinien. Vous concevez, participez et mettez en œuvre le projet communal de santé.

Rémunération statutaire + prime annuelle + CNAS - (6 800 € brut).

**Temps de travail** : 35 heures hebdomadaires ou autre quotité à étudier.

Un véhicule de service.

### PROFIL DU CANDIDAT

Titulaire d'un DES en médecine générale et inscrit au conseil de l'Ordre des médecins de France.

Solide expérience dans le domaine médical.

Disponibilité, sens de l'écoute, bienveillance.

Sens du travail en équipe.

Connaissance des spécificités de fonctionnement d'un centre de santé.

Capacités relationnelles (communication permanente avec les patients).

Rigueur et organisation dans le travail au quotidien.

Capacité à utiliser des logiciels métiers.

Discrétion et confidentialité.

Aptitudes au travail en équipe pluridisciplinaire - Aptitude à l'utilisation d'outils bureautiques et logiciels métiers.

Médecins expérimentés (en activité ou en retraite) ou jeunes médecins.

Les vacances des professionnels libéraux sont acceptées.



Merci d'adresser votre lettre de motivation accompagnée d'un CV avec photo à

Monsieur le Maire - Hôtel de Ville - 1 place Honoré Combe - 45320 COURTENAY

E-mail : [personnel@courtenay45.com](mailto:personnel@courtenay45.com)

Poste à pourvoir dès que possible.

Date butoir des candidatures : 28/02/2020

Poste à pourvoir très rapidement.



## LA COMMUNE DE GAURIAC recherche DEUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES pour son cabinet médical communal.

Situé en Gironde entre Blaye et Bourg, Gauriac est au centre de l'appellation des Côtes de Bourg. Le village dispose de commerces de proximité et de divers services qui couvrent une zone de chalandise de 3500 habitants.

On y trouve notamment une pharmacie, un cabinet de kinésithérapie, un cabinet infirmier, un cabinet de médecine douce, une dentiste et deux médecins. Ces derniers aspirent actuellement à prendre leur retraite et n'ont pas de remplaçants à ce jour.

Notre cabinet médical communal, situé au centre du village, ouvrira ses portes en septembre 2020. Il abritera trois professionnels de santé dont un spécialiste afin de pérenniser et de développer l'offre de soins.

Pour tout renseignement s'adresser à  
Raymond Rodriguez, Maire de Gauriac.

Mairie de Gauriac  
7 route de La Gabare  
33710 Gauriac

Téléphone : 05 57 64 80 08

Mail : [mairie@gauriac.fr](mailto:mairie@gauriac.fr)

Site : [www.gauriac.fr](http://www.gauriac.fr)



### RECHERCHE

## Médecin de MÉDECINE POLYVALENTE ou MÉDECINE INTERNE

**Statut recherché** : Praticien Hospitalier, contractuel, assistant, Attaché.

**Temps de Travail** : Temps plein ou temps partiel.

### CONTACT RECRUTEMENT :

➢ **Chef de Pôle** : Docteur Karim NOURDINE

**Tél. Secrétariat** : 04 75 05 75 03

**Email** : [k.nourdine@ch-hdn.fr](mailto:k.nourdine@ch-hdn.fr)

➢ **Chef de Service** : Docteur Susann PECHUZAL

**Tél.** : 04 75 05 76 30

**Email** : [s.pechuzal@ch-hdn.fr](mailto:s.pechuzal@ch-hdn.fr)

**Bureau des Affaires Médicales :**

Mme Sabine MERLO, DRH - **Secrétariat** : 04 75 05 75 41

**Email** : [s.merlo@hopitaux-drome-nord.fr](mailto:s.merlo@hopitaux-drome-nord.fr)



### Présentation de l'établissement :

Les Hôpitaux Drôme Nord (HDN) sont constitués de deux établissements, l'un situé à Romans-sur-Isère et l'autre situé à Saint-Vallier-sur-Rhône distants de 30 km.

L'ensemble des spécialités médicales de l'établissement est représenté, facilitant la prise en charge globale des patients. Plateau technique de qualité : 2 IRM, 1 scanner, échographie, laboratoire, pharmacie, urgences/SMUR, kinésithérapie,...

Pour plus d'informations : voir le site d'accueil des Hôpitaux Drôme Nord, onglet « Site public ».

**Lieu de travail** : Site de Romans-sur-Isère.

### Présentation du Service :

Service avec un capacitaire d'actuellement 24 lits.

Le service comprend actuellement 3 autres praticiens (deux internistes, un généraliste) et un interne. Service à orientation de médecine polyvalente, avec tous les actes médicaux s'y associant, recrutement des patients essentiellement par les urgences.

### Diplômes et compétences demandés :

Médecin généraliste, une expérience hospitalière serait un plus, interniste, gériatre ou infectiologue.

Compétences cliniques et thérapeutiques.

Médecin inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins en France dans la spécialité demandée ou en cours d'inscription.

**Rémunération** : En fonction du statut et du temps travail (conforme à la réglementation).

**Avantages** : Possibilité d'accompagnement logement sur une courte durée à l'arrivée.

**Implantation du site** : A 15 min à pied du Centre-Ville (35 000 habitants), transports en commun, à 1h de Marseille en TGV et 2h par autoroute A7, à 30 min de Lyon en TGV et 2h30 de Paris, 1h des stations de ski du Vercors.

## OCCITANIE – LOZÈRE BASSIN de VIE de GRANDRIEU

### ASSOCIATION AVEC MÉDECIN EN PLACE

D'une zone de patientèle de 3 000 habitants répartis sur les communes autour de Grandrieu

### D'une zone accueillant :

- Un Foyer d'Accueil Médicalisé pour autistes (24 lits) à Grandrieu.
- Un ESAT – Foyer de vie (120 résidents) à St Bonnet-Laval.
- Un EHPAD (34 lits) à Grandrieu.
- Un Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (55 places) sur Chambon-le-Château.

### CONTACTS

• Guy GALTIER, Maire de Grandrieu  
[mairie.grandrieu@wanadoo.fr](mailto:mairie.grandrieu@wanadoo.fr) - Tél. : 06 71 60 18 41

• Dr Patrice FRANÇOIS, Maison Médicale Grandrieu  
Tél. : 06 07 06 36 36

### IMPLANTATION DU CABINET

Sur la Maison Médicale de Grandrieu, qui comprend :

- 1 cabinet généraliste et 1 cabinet secondaire à Chambon-le-Château.
  - 1 cabinet avec 2 kinés.
  - 1 cabinet kiné-ostéopathe.
  - 1 cabinet dentaire.
  - 1 cabinet infirmier (6 infirmiers libéraux).
  - 1 jour/mois permanence gynécologue.
- 2 Pharmacies 1 à Grandrieu, 1 à Chambon-le-Château.  
Tous commerces de proximité sur le Bourg.  
Ecole primaire sur le village, Centre de Loisirs et M.A.M.  
Collèges voisins par ramassage sur Langogne et Saugues.

**Villes voisines** : Mende et Le Puy-en-Velay (45 minutes) – Langogne et Saugues (20 minutes).

## Recherche UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE en Zone Rurale classée Déficitaire Région NORD-EST LOZÈRE



### ORGANISATION DU SERVICE

Gardes : Maison de santé pluridisciplinaire de Langogne (garde 1 week-end sur 7).

Hôpital Le Puy et Mende (50 minutes).

Hôpital local à Langogne.

Contrat Local de Santé avec Langogne.

### CONDITIONS

**Classement en zone de revitalisation rurale classée déficitaire avec avantages fiscaux :**

Exonération d'impôts sur le revenu : 5 ans en totalité, 3 ans dégressifs.

Classement en Zone Intérêt Prioritaire d'où Aide démarrage 50 000 €.

Contribution Foncière des Entreprises : Exonération pendant 5 ans.

### LOISIRS

Sports de pleine nature, pêche, VTT, ski de fond, voile dans un proche périmètre.

Randonnées à Cheval, chiens de traîneaux, parc à bisons.

**Associations** : Football, Pétañque, Judo, Yoga, Danses Folkloriques, Zumba, chasse, pêche, créations artistiques ... Plan d'eau ouvert du 14 juillet au 20 août avec baignade surveillée.



Grand Est – Meuse (55) – Fresnes-en-Woëvre (Axe Verdun - Metz/Nancy)

**Médecin généraliste libéral** - Maison de santé

La Maison de santé pluridisciplinaire de Fresnes en Woëvre cherche médecin généraliste pour remplacements ponctuels / réguliers / collaboration / installation. Activité modulable selon souhait (50 %, 80 %, 100 %) avec patientèle assurée. Fresnes-en-Woëvre est une commune rurale, Centre-Bourg, qui concentre les commerces et services du territoire : Poste, maison des services, pharmacie, Carrefour Market et station-service, boulangerie, salons de Coiffure... Elle accueille également un groupe scolaire (écoles maternelles et élémentaires), un collège, une crèche intercommunale ainsi que de nombreux équipements sportifs (dojo, terrain de foot, gymnase).

<https://codecom-fresnes.com/>

Fresnes-en-Woëvre est située sur la partie ouest du Parc naturel régional de Lorraine, à l'orée des Côtes de Meuse. Le territoire est apprécié pour ses paysages, sa production locale (verges familiaux, viticulteurs...), ses lieux de villégiature et de loisirs de plein air (Lac du Colvert à 2 km, Lac de Madine, Etang de Lachaussée) et pour son tissu associatif dynamique.

**Situation géographique :**

- Fresnes-en-Woëvre, commune sur l'axe Verdun / Nancy-Metz :
- 20 minutes de Verdun (Centre Hospitalier avec SAU/SMUR).
- 45 minutes de Metz (autoroute).
- 60 minutes de Nancy.

**Professionnels déjà installés dans la Maison de santé :**

- 3 médecins.
- 1 cabinet de 3 kinésithérapeutes.
- 1 podologue.
- 1 psychologue.
- 2 cabinets de 2 infirmières.
- 1 sage-femme deux fois par mois.

**Locaux :**

- 1 secrétaire sur place pour les cabinets médicaux (prise de rendez-vous, accueil des patients, courriers – présente de 8h à 17h).
- Matériel informatique et mobilier de bureau fournis par la structure. Logiciel utilisé : Axisante.
- Locaux spacieux, fonctionnels, lumineux construits en 2015 aux normes PMR et BBC, WC privatifs.
- Logement possible sur place pour remplaçant (appartement privatif – récent).
- Parking.

**Activité :**

- Commune classée en Zone d'Action Complémentaire, possibilité d'obtention de différentes aides (CESP, PTMG) et en ZRR, donc éligible à la délocalisation (totale durant 5 ans puis dégressive sur 3 ans).
- Location d'un cabinet de 29.6 m<sup>2</sup> (275 /mois) / Aide à l'installation sur les loyers.
- Laboratoires d'analyses médicales et CH (avec SAU/SMUR) à 20 km (Verdun).
- EPHAD et Résidence Autonomie à 7 km.
- Possibilité de diversification d'activité : Dépistage spirométrie en place / Infirmière ASALEE en place.

**CONTACT :**

Par mail : [m.sp.fresnes-en-woevre@orange.fr](mailto:m.sp.fresnes-en-woevre@orange.fr) – Par téléphone : 03 29 87 31 05

Pour compléter son équipe

LE CENTRE DE SANTÉ DU FLORIVAL DE GUEBWILLER

En Alsace, proche de Colmar et de Mulhouse.

Possibilité de ski et randonnée à 30 minutes, **RECRUTE****2 MÉDECINS GÉNÉRALISTE SALARIÉS**

À temps plein ou à mi-temps - Démarrage courant Mai 2020.

Vous recherchez une activité permettant de concilier vie privée et vie professionnelle ?  
Vous préférez vous concentrer sur les actes médicaux plutôt que sur les actes administratifs ?  
Vous aimez travailler en équipe et assurer le lien Ville / Hôpital ?  
Alors ce poste est fait pour vous !

Venez rejoindre l'équipe de notre centre de santé, implanté au sein d'un tout nouveau pôle de santé en plein centre de Guebwiller.  
Possibilité de logement à prix attractif.

**VOUS VOULEZ PLUS DE DÉTAILS ?**

N'hésitez pas à poser toutes vos questions à **Timothée VERRIER** au 03 89 20 78 56 ou à nous envoyer votre candidature (CV et lettre de motivation) via l'adresse mail suivante : [verrier.timothée@alsace.msa.fr](mailto:verrier.timothée@alsace.msa.fr)

**LES CARACTÉRISTIQUES DES POSTES**

CDI ou CDD de 18 mois.  
1 Médecin généraliste 100 % centre de santé.  
Possibilité d'un poste à temps partagé Ville/Hôpital.  
39h hebdomadaires avec RTT / Mi-temps possible.  
Participation à la PDSA.  
Déplacements à domicile ponctuels.  
Travail 1 Samedi matin sur 2 en alternance.  
Rémunération attractive selon profil.

**LES EXPÉRIENCES ET COMPÉTENCES QUE L'ON RECHERCHE**

Être Docteur en médecine – Spécialité « médecine générale » ou en cours de thèse.  
Diplômes Universitaires complémentaires appréciés.  
Être titulaire du permis B.  
Aimer travailler avec d'autres professionnels de santé.  
Apprécier les partenariats avec des médecins libéraux et des médecins hospitaliers.

**LA MAISON DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLE (MSP) DU CALAVON**

**Agréée par l'ARS cette maison de santé répondra aux missions suivantes :**

*Située au cœur du Luberon dans la commune des Beaumettes à proximité de Cavaillon, l'Isle sur la Sorgue, Gordes, Apt ouvrira en 2020.*

- Présence en son sein de professionnels de santé (médecins généralistes, infirmiers, paramédicaux) pour assurer la continuité des soins sur les plages d'ouverture.
- Organisation des soins non programmés.
- Accueil de spécialistes assurant des consultations au sein de la MSP.
- Mise en place d'une structure de télémedecine, télé-expertise, téléconsultation.
- Système d'information partagé (médecins généralistes, paramédicaux, hôpital, laboratoires).
- Accueil d'internes.
- Programmes d'éducation thérapeutique pour le patient.

**MISSIONS PRINCIPALES DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE :**

- Effectuer des consultations de médecine générale.
- Garantir le fonctionnement et la continuité de l'offre de soins.
- Participer au développement de projets de soins au sein de la MSP.

**PROFIL RECHERCHÉ :**

- Docteur en médecine inscrit à l'Ordre des médecins ou médecin en cours d'obtention de la thèse.
- Le fonctionnement de la MSP étant basé sur l'exercice coordonné entre professionnels de santé, le candidat devra avoir des qualités relationnelles et un sens du travail en équipe.

**Nous recherchons un médecin généraliste**

Statut libéral ou médecin collaborateur salarié.

**Cette Maison de Santé a aussi comme vocation de maintenir l'attractivité de notre territoire dynamique pour de nouveaux professionnels de santé par une pratique facilitant l'organisation du travail et la qualité de vie (travail en équipe, remplacements, congés...).**

Contact :

Jacques MACHEFER - 06 23 30 95 65  
[m.sp.ducalavon@gmail.com](mailto:m.sp.ducalavon@gmail.com)



Se former autrement

Validez votre obligation de DPC depuis chez vous et rejoignez la grande famille de nos apprenants



Formation accessible  
en ligne h24, réalisable  
à votre rythme



Médecin formateur  
disponible en ligne  
pour échanger



Des sessions  
tous les mois



Prise en charge  
Automatique  
& Sans avance

Nos formations E-Learning pour Médecins généralistes  
suivent les grandes orientations pédagogiques de l'année 2018  
et sont entièrement prises en charge et indemnisées.

Un choix de thématiques établi sur la base  
d'un vote de notre public d'apprenants,  
à découvrir sur : <https://quantum-sante.fr/>

