

## Quoi de neuf **Docteur ?**

**La télémédecine**

on vous explique ?

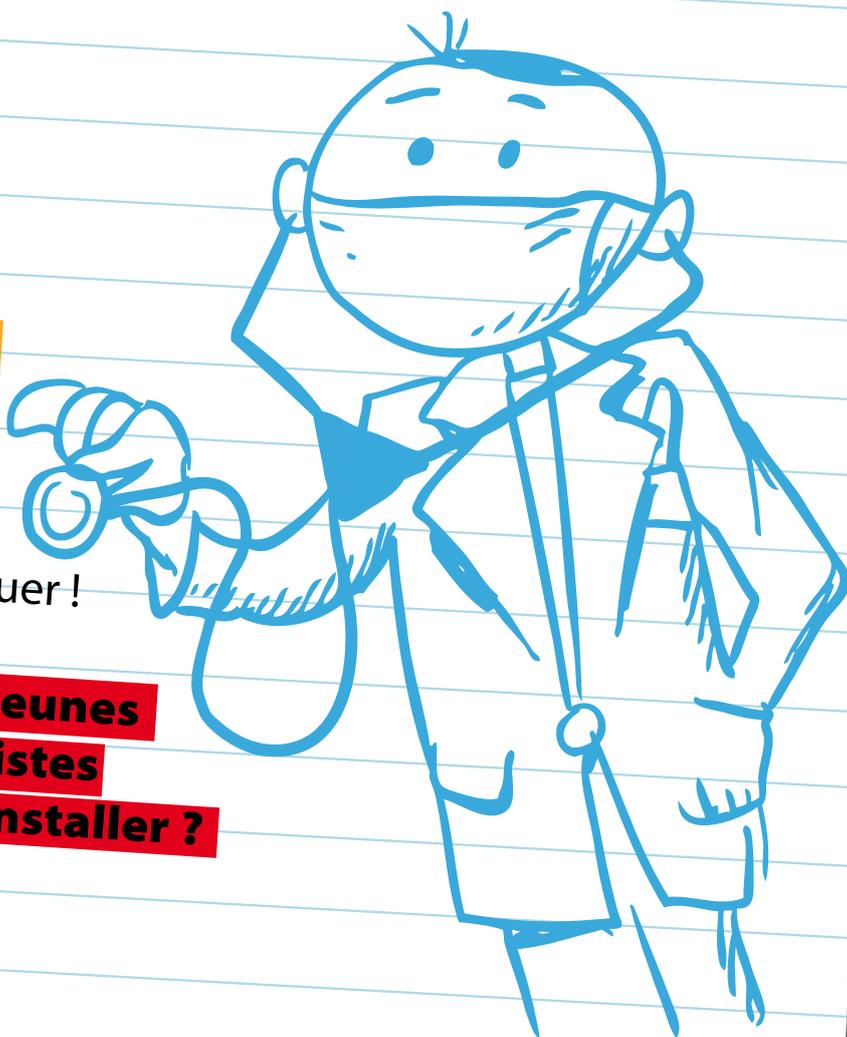
**Vie de carabin**

la BD à ne pas manquer !

**Qu'est-ce que les jeunes  
médecins généralistes  
attendent pour s'installer ?**

**L'ostéopathie**

si on en parlait ?



# Vous avez un projet d'installation ?



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

Site dédié à **l'installation**  
et à la **1<sup>ère</sup> activité libérale**  
des professionnels de santé



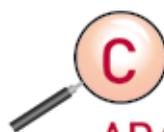
ESPACE PERSONNEL  
**GRATUIT**



**ACTUALITÉS,**  
VIDÉOS, TÉMOIGNAGES,  
ARTICLES JURIDIQUES...



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



**C**ONTENU COMPLET  
**ADAPTÉ** À VOTRE PROFESSION

» Contactez-nous :



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



application iPhone  
et Android

► N°Cristal 0 969 32 4000

APPEL NON GRATUIT



# SOMMAIRE

## EDITORIAL

p. 05

L'été de tous les dangers

## ACTUALITES

p. 06/11

### Université - Internat

Les congrès, une FMC pour les IMG ?

### Remplacement - Installation

La télémédecine : on vous explique ?

## VIE PROFESSIONNELLE

p. 12/24

### Recherche en médecine générale

Relations entre maladies parodontales, diabète de type II et risque cardio-vasculaire

### Thérapeutique

Prise en charge des ménométrorragies

Le jeûne thérapeutique : une (nouvelle) mode ?

### Correspondances - Discussions

Vie de carabin : la BD à ne pas manquer

## PERSPECTIVES

p. 26/36

### Dynamique syndicale

Qu'est-ce que les jeunes médecins généralistes attendent pour s'installer ?

### Communiqués de Presse du printemps

Les mouvements de grève de l'hiver 2014-2015

## QUESTIONS - REPONSES

p. 37/39

L'ostéopathie : si on en parlait ?

## ANNONCES DE RECRUTEMENT

p. 42/48

**Directeur de Publication :** Théo Combes

**Rédactrice en chef :** Marine Crest-Guilluy

**Comité de lecture :** Théo Combes / Marine Crest-Guilluy / Patricia Martel

**Responsables Rubriques :** Ida Marina Lanzì, Emilie Frelat, Patricia Martel, Marine Crest, Camila Rovira, Béatrice Laudet, David Azerad.

**N°ISSN :** 1243-3403

**N° de commission paritaire :** 74148

**Régie publicitaire :**

Reseauprosante.fr / Macéo éditions

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

Imprimé à 2100 exemplaires. Maquette et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.





# L'été de tous les dangers



**A**près la colère de l'automne à la découverte du texte du projet de loi de Santé, après la rude mobilisation de l'hiver qui a culminé avec la grande marche parisienne du 15 mars, après le printemps de la médecine générale qui a germé à Roanne et ailleurs, voici venir un été qui s'annonce orageux.

La crise démographique de la médecine générale est en train de s'accélérer sous les effets conjugués d'une perte d'attractivité majeure de ce métier — on pourrait même parler d'un effet repoussoir des conditions d'exercice actuelles — et d'une discrimination devenue insupportable entre médecins.

Aucune promesse ne calmera plus le ras-le-bol des médecins généralistes, car on a entendu ces dernières années trop de promesses non-tenues.

Alors que l'examen du projet de loi de Santé et de ses dispositions préoccupantes va reprendre au Sénat, alors que la reprise des négociations conventionnelles devient plus qu'urgente, notre mobilisation gagne tous les jours en audience.

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) est à la pointe de ce triangle qui, depuis Kandinsky, symbolise la lente progression des mentalités. Etudiants, internes, remplaçants, jeunes médecins, nous imaginons la Santé de demain.

Un nouveau pacte de confiance entre les médecins et la société est indispensable.

Construisons-le ensemble. Venez prendre votre place parmi les membres actifs !

**Dr Théo COMBES**  
Président du SNJMG



## Université – Internat



### Les congrès, une FMC pour les IMG ?

La formation médicale continue (FMC) est très utile dans la spécialisation en médecine générale.

Elle est souvent prise en compte pour les 200 crédits du DES. Il y a bien sûr les différents congrès de la Médecine Générale mais aussi ceux des autres spécialités. L'objectif étant d'enrichir ses connaissances dans des domaines de la médecine qui nous intéressent particulièrement.

L'occasion d'aller à un congrès se présente souvent lors des semestres hospitaliers dans les services des différentes spécialités. La difficulté pour l'Interne est de pouvoir utiliser ses demi-journées de formation pour y participer. On est parfois obligé d'utiliser ses congés annuels. Pour les Internes, les frais de déplacement ne sont pas pris en charge par les établissements hospitaliers. On peut parfois bénéficier d'invitations aux congrès.

Particulièrement intéressants pour les IMG, sont le Salon de Gynécologie Pratique et les Rencontres de Pédiatrie Pratique, qui permettent de compléter les enseignements de semestres obligatoires de la maquette du DES.

Nombreux sont les praticiens en médecine générale qui participent à cette forme de FMC.

L'intérêt pour un Interne comme pour un praticien est l'accent mis sur la pratique médicale et ses plus récentes innovations. Tous les sujets traités sont abordables pour les IMG. Le seul regret est de ne pas pouvoir assister à toutes les interventions car plusieurs ont lieu en même temps.

Même l'heure du déjeuner est l'occasion de choisir parmi les déjeuners-débats proposés. Il y a aussi les différents stands où l'on peut obtenir toutes les explications techniques au sujet des produits présentés. Au total, aller à un congrès est un enseignement intéressant dans un cadre agréable. On ne peut que conseiller de participer à un maximum de FMC afin d'améliorer sa pratique de la profession médicale.

Cependant, il ne faut pas oublier qui sont les organisateurs de ces congrès et savoir garder toute son indépendance quant aux messages de publicité qui sont faits sur place. En effet, qui ne profiterait pas pour faire un peu de lobbying de ces meetings où se concentrent grand nombre de médecins de tous âges ?

**Ida Marina LANZI**

## ATTENTION : ACTUALITÉS INTERNES

### Temps de travail des internes, le SNJMG organise la vigilance

Ce lundi 4 mai 2015, les internes en médecine ont débuté un nouveau semestre d'internat qui a la particularité d'inaugurer l'entrée en vigueur du décret réformant le temps de travail des internes.

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) avait dénoncé les insuffisances notoires de ce texte bancal qui joue avec les demi-journées de formation comme variable d'ajustement et qui renonce à définir clairement le périmètre de la semaine de 10 demi-journées, ouvrant la voie à tous les débordements, notamment le samedi.

Toutefois, le SNJMG ne pouvait qu'être révolté par le courrier adressé au ministère de la Santé par la Fédération Hospitalière de France (FHF) associée aux directeurs des hôpitaux, aux présidents des commissions médicales d'établissements et aux doyens des facultés de médecine, appelant à repousser encore d'un semestre la réduction du temps de travail des internes !

La nouvelle législation sur le temps de travail des internes n'est pourtant qu'une tentative indispensable et déjà tardive de mise en conformité avec le droit européen. Le SNJMG s'était positionné aux côtés de la quasi-totalité des organisations nationales d'internes en santé sur un projet clair et cohérent pour répondre à la mise en demeure de la commission européenne. A l'époque, tous les responsables hospitaliers avaient publiquement rejeté la solution des internes et soutenu le projet bancal et insuffisant de la ministre de la Santé qu'ils critiquent aujourd'hui...

C'est donc avec une certaine inquiétude que les internes attendent de voir l'application concrète de ce texte, surtout après avoir entendu le Président de la FHF s'exprimer sur les ondes de RTL le 4 mai 2015 : *"Faire croire que du jour au lendemain, les hôpitaux se sont tous réorganisés pour prendre en compte la diminution du temps de travail des internes serait un leurre"...*

Cet épisode rappelle au SNJMG la forte opposition hospitalo-universitaire à la mise en place du repos de sécurité pour les internes au tournant des années 2000. Déjà pionnier des revendications pour l'amélioration des conditions de travail des internes, le SNJMG s'était alors investi dans 4 grèves nationales afin d'obtenir tout le dispositif réglementaire nécessaire à l'application de cette mesure salubre, tant pour la santé des patients que pour celle des patients. 15 ans après, le SNJMG fait le constat désolant que l'application de cette mesure souffre toujours d'exceptions.

Face à des responsables hospitaliers qui demandent plusieurs mois d'adaptation et un ministère de la Santé qui tarde à publier tous les textes d'accompagnement nécessaires, le SNJMG s'inquiète de l'habitude bien ancrée de prendre les internes pour la « chair à canon » des hôpitaux.

En conséquence, le SNJMG appelle les internes à lui signaler chaque situation de manquement à la législation censée protéger les internes, en utilisant le mail [info@snjmg.org](mailto:info@snjmg.org) ou en laissant un message vocal au 01 47 98 55 94.



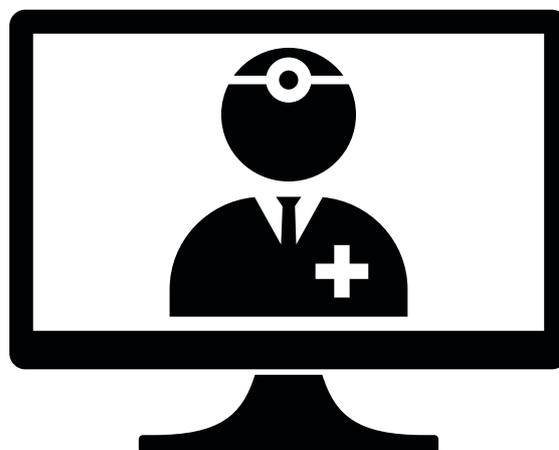
# Remplacement - Installation

## La télémédecine : on vous explique ?

Nous avons évoqué lors du dernier numéro les objets connectés « wearable », les inévitables « insidables » à venir, et quelques-unes de leurs applications au sein de la « m-santé » (ou « santé mobile »). Attention au vertige : aussi important que peut représenter l'avenir - et le marché - de tous ces e-bidules, il ne représente qu'une toute petite branche de la télémédecine, terme d'ailleurs souvent utilisé sans en maîtriser toutes les implications.

### La télémédecine, qu'est-ce que c'est ?

Dans l'article 78 de la loi HPST du 21 juillet 2009 [1], la télémédecine a été définie comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant des technologies de l'information et de la communication* ». C'est donc la mise en relation via un réseau de télécommunications, soit du patient avec un ou plusieurs professionnels de santé dont au moins un médecin, soit des professionnels de santé entre eux, dont encore une fois au moins un médecin\*.



### Ça sert à quoi ?

L'évolution de notre société entraîne logiquement la nécessité de réadapter régulièrement l'organisation de notre système de santé. Les possibilités désormais ouvertes par la télémédecine arrivent à point nommé pour répondre aux deux grands défis actuels liés à la démographie médicale :

- L'accès aux soins pour les patients isolés : que la raison soit géographique (zones rurales,

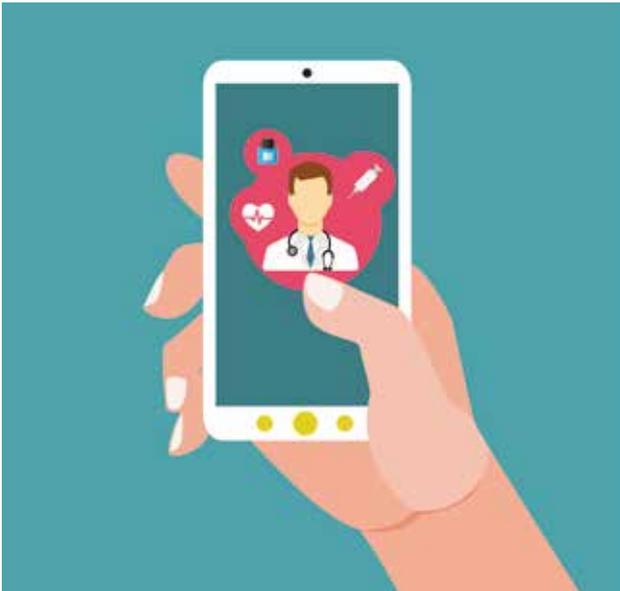
montagneuses, insulaires...), ou liée à des difficultés de transport du patient au cabinet médical, voire du médecin au domicile.

- La baisse prévisible du nombre de médecins par habitant et l'augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et/ou de poly-pathologies liées au vieillissement de la population.

### D'accord, mais concrètement ?

Quand on pense télémédecine, on imagine tout de suite un robot-caméra-bras-haptique-piquouzeur-chirurgien. En réalité, parmi les 5 actes de télémédecine réalisables, certains font déjà partie du quotidien, comme la **régulation médicale** des centres 15, qui établissent par téléphone un premier diagnostic afin de déterminer et déclencher un acte de soin adapté à la nature

de l'appel, ou encore la **téléexpertise**, consistant en une sollicitation par un médecin d'un avis d'un ou de plusieurs confrères au sujet de la prise en charge d'un patient. Cette dernière peut donc avoir lieu par téléconférence téléphonique (un « conf-call »), visiophonique (Skype, Google Hangouts, ...), une application smartphone (MedPics, ...) ou plus simplement... par SMS !



Vous êtes donc déjà potentiellement des télé-médecins, la classe.

Les trois autres actes reconnus au sein de la **télé-médecine** ressemblent plus à la représentation que l'on s'en fait classiquement :

- **La téléconsultation** : ici le médecin ne fait pas qu'orienter, mais donne une consultation et si possible pose un diagnostic à distance à un patient, lequel peut être assisté d'un professionnel de santé. On s'imagine une cabine hi-tech, mais encore une fois un téléphone et un brassard électronique peuvent y suffire, voire encore plus simplement un forum sur un site internet\*\*. Google (encore) a essayé l'année dernière de s'y frotter au sein de son application morte-née « Helpouts »\*\*\*, qui ressortira certainement sous un autre nom d'ici quelques années. À noter que selon la législation actuelle, la responsabilité médicale en ce domaine reste floue, et aucun acte de

## Des exemples ?

Actuellement, les autorités de santé françaises subventionnent de nombreux projets expérimentaux de télé-médecine : exactement 331 au 31 décembre 2012. Ils rentrent en grande majorité (78 %) dans le cadre de la téléexpertise ou de la téléconsultation.

téléconsultation ne peut être coté du fait de l'absence de reconnaissance officielle par l'Assurance Maladie. Nous continuerons donc à passer un temps important au téléphone avec nos patients, pour des conseils parfois plus qu'à la limite d'une régulation ou d'une consultation, sans rien en attendre en retour.

- **La télésurveillance** : c'est l'interprétation à distance des paramètres médicaux d'un patient, avec enregistrement des données automatisées ou réalisées par le patient lui-même ou par un professionnel de santé. Les e-bidules de la m-santé rentrent pour la plupart dans ce cadre, c'est le fameux « soi quantifié » (« quantified self »). Dans le milieu médical, un peu plus sérieusement que les bracelets-podomètres, nous avons évoqué l'existence des lecteurs-de-glycémie-bluetooth-qui-envoient-les-données-sur-une-plateforme-(payante), dont l'utilité en pratique est certainement limitée à une petite catégorie de patients isolés\*\*\*\*.
- **La téléassistance** : où un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte. Il peut alors le conseiller par téléphone ou visio, mais on peut également imaginer une prise de contrôle d'un bras haptique (motorisé avec retour de force) pendant un geste ou une intervention\*\*\*\*\*, d'une efficacité sous réserve d'une connexion stable, non piratable [2] et d'un bras bien huilé : nous sommes alors à la limite de la téléchirurgie (non encore reconnue dans la loi car très expérimentale, même si les premières interventions ont eu lieu en 2001) [3].

Pour donner une idée, seul un projet de télé-médecine sur deux prend en charge des patients, et ils sont exclusivement hospitaliers dans 53 % des cas (177 projets) : sont alors concernées des pathologies chroniques comme la prise en charge de l'AVC (30 projets), l'insuffisance rénale (30 projets),

l'insuffisance cardiaque (24 projets) et les plaies chroniques (19 projets). Nous sommes donc encore loin de la télésurveillance en médecine gé-

nérale (moins d'un tiers des projets impliquant la médecine ambulatoire, et seulement 11 projets exclusivement ambulatoires) [4].

### Mieux vaut-il un « petit-chez-soi » ou un « grand-chez-les-autres » ?

C'est surtout cette question que les projets prenant en charge des patients en ambulatoire devront trancher :

- Plutôt des cabines disséminées sur le territoire ? C'est la solution retenue par la société française H4D, qui a installé en janvier 2014 la première cabine de télémedecine dans une maison de retraite non médicalisée en Saône-et-Loire. Elle permet de surveiller tension, température ou oxymétrie - soit pas grand-chose finalement. Pourtant, plus de 40 commandes ont été passées par des mairies, hôpitaux, cliniques ou des industriels soucieux d'établir une antenne médicale sur des plateformes pétrolières, dans des mines ou des clubs de vacances à l'étranger. Sont prévus dans les nouvelles versions l'arrivée d'un ECG, de tests auditifs, cognitifs et cutanés ou encore des tests de glycémie [5].
- Plutôt des kits d'autosurveillance à domicile ? Un exemple : le kit « Teki » testé au Pays Basque contient un capteur Kinect (oui, celui-là-même qui est branché sur une Xbox360), un oxymètre et un spiromètre.

On pilote son interface facilement devant sa télévision avec des gestes de la main (c'est prévu pour être utilisé par des personnes âgées non technophiles), on peut se connecter en vidéoconférence avec son médecin, qui peut voir les résultats des capteurs et proposer des questionnaires à choix multiple. L'expérience aurait permis d'éviter 52.000 visites en centre hospitalier et d'économiser 40,5 millions d'euros [6].

Pour ma part, j'aurais plutôt tendance à choisir cette seconde solution : si on peut demander à une personne très peu mobile de passer le seuil de son habitation et se déplacer jusqu'à la « cabine médicale », elle pourra le plus souvent tout aussi bien se rendre chez son médecin... D'autant que l'arrivée récente du Kinect 2 ouvre de nouvelles perspectives : le nouveau capteur serait capable de déterminer le rythme cardiaque de l'utilisateur rien qu'en observant les changements de couleur de son visage, de détecter sa température corporelle, voire la « tension musculaire »... Mieux que le « écran » de 1984 : Big Doctor, nous voilà !

**Dr David AZERAD**



\* Oui, car les mots ont un sens, voyez-vous : dans « télémédecine », il y a...

\*\* Par exemple [www.médecin-direct.fr](http://www.médecin-direct.fr), même si en l'état actuel de la législation sur la responsabilité médicale en télémédecine, les médecins n'y sont habilités qu'à donner des conseils médicaux et non poser un diagnostic (tout comme la télérégulateur ne fait qu'orienter le patient).

\*\*\* Google Helpouts était une plateforme permettant de proposer ses services et son expertise de manière rémunérée ou non à d'autres utilisateurs comme des cours d'informatique en ligne, mais aussi de guitare, de macramé... et des consultations médicales. Le service a été arrêté en avril 2015, n'ayant selon la formule consacrée « *pas rencontré son public* ».

\*\*\*\* Imaginez : tous les matins, revue des glycémies de tous vos patients diabétiques – ce alors que l'on revient sur l'utilité même de l'autolecture glycémique chez les diabétiques de type 2 non insulino-réquistants...

\*\*\*\*\* Oui, plus bas, vas-y, encore plus bas...

---

[1] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020891702&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120410&oldAction=rechCodeArticle>

[2] <http://www.sciencesetavenir.fr/sante/20150427.OBS8001/chirurgie-robotique-les-patients-a-la-merci-des-hackers.html>

[3] <http://www.01net.com/editorial/160269/telechirurgie-des-medecins-operent-depuis-new-york-une-patiente-en-france/>

[4] La télémédecine en chiffres, selon le Bureau PF3 de la DGOS : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine\\_Plaquette\\_Communication\\_DGOS.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine_Plaquette_Communication_DGOS.pdf)

[5] <http://www.lefigaro.fr/societes/2014/01/21/20005-20140121ARTFIG00211-la-premiere-cabine-de-telemedecine-est-installee-en-france.php>

[6] <http://www.futura-sciences.com/magazines/high-tech/infos/actu/d/electronique-teki-visite-medicale-distance-capteur-kinect-50648/>



# Recherche en médecine générale

## Relations entre maladies parodontales, diabète de type II et risque cardio-vasculaire

**Revue méthodique de la littérature. Étude qualitative auprès de médecins généralistes parisiens. Thèse du Dr David AZERAD.**

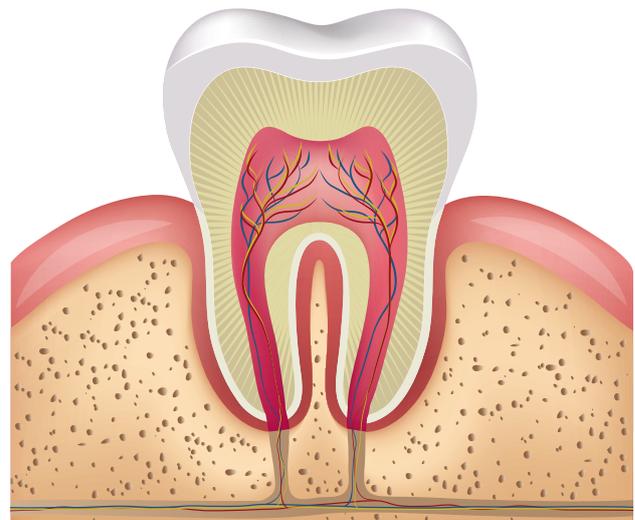
### Point de départ

Selon une méta-analyse publiée par le groupe Cochrane en 2011, le traitement d'une maladie parodontale améliore le contrôle glycémique des patients atteints de diabète de type II, avec une baisse moyenne estimée à 0,4 % d'HbA1c (IC95 % [0,01-0,78]). [1]

### Contexte

Depuis une dizaine d'années, des études épidémiologiques de haut niveau de preuve ont démontré l'existence de répercussions bilatérales entre des pathologies bucco-dentaires et des affections générales. Elles concernent notamment les maladies parodontales et le diabète de type II, les maladies cardiovasculaires, les naissances prématurées, et la polyarthrite rhumatoïde. Les mécanismes physiopathologiques évoqués semblent crédibles, même si de nombreuses voies et leurs déterminants moléculaires restent à préciser. Aux États-Unis, le dernier rapport décennal de l'Institut de Médecine (2011) a noté pour la première fois qu'il « existe de plus en plus de preuves que les pathologies bucco-den-

*taires ne sont pas qu'un reflet de la santé générale, mais peuvent également les exacerber ».*



### Problématique

Les médecins généralistes sont régulièrement confrontés à des demandes de prise en charge de diverses pathologies bucco-dentaires en premier recours, bien qu'a priori cela ne relève pas de leurs compétences. Les raisons sont parfois liées à des difficultés financières, au délai de consultation chez le chirurgien-dentiste, à un refus de soins opposé à certains patients précaires, à un éloignement du cabinet dentaire ou encore à une méfiance voire une phobie du dentiste. Ces demandes concernent le plus souvent des urgences douloureuses liées à la

décompensation de pathologies chroniques de la cavité buccale, qui peuvent être une conséquence mais également une cause d'affections générales. Elles sont la plupart du temps évitables grâce à des soins préventifs réguliers (détartrages et assainissement des parodontites chroniques par exemple), et leur impact sur la qualité de vie diminué par un dépistage précoce. Ces soins préventifs sont d'ailleurs bien remboursés par l'Assurance Maladie, à l'inverse des soins curatifs ou prothétiques, plus coûteux et délabrants. En France, ils sont trop peu effectués :

de nombreux patients privilégient un recours en urgence et négligent les actes préventifs, en partie du fait d'une ignorance de l'importance de ces derniers et de leur coût réel.

Les médecins généralistes ont certainement un rôle à jouer dans le cadre de la prise en charge des pathologies bucco-dentaires chroniques, d'autant plus que l'on sait désormais que cela doit faire partie intégrante de la prévention globale du risque cardiovasculaire.

## Méthodes

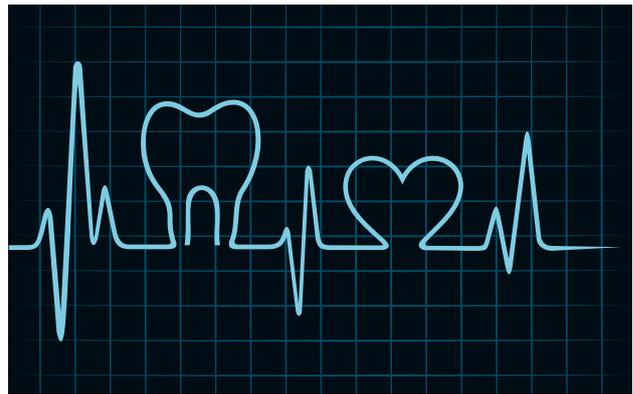
L'enquête a consisté en des entretiens semi-directionnels chez 32 médecins généralistes parisiens randomisés, avec remplissage du questionnaire par l'investigateur. Les entretiens se sont déroulés en trois phases : questions semi-

## Résultats

Cette enquête a retrouvé une fréquence d'environ 5 consultations par mois pour plainte bucco-dentaire, de façon comparable aux études précédentes en zone de forte densité urbaine.

Elle a mis en évidence que si les médecins prennent systématiquement en charge les demandes en urgence, leur implication dans la prévention ou le dépistage des pathologies bucco-dentaires semble plus aléatoire. Plusieurs freins ont été identifiés, notamment l'absence de correspondants réguliers, la méconnaissance des domaines de compétences des autres professionnels de santé partenaires, une certaine hiérarchisation dans leurs relations, voire une méfiance envers les chirurgiens-dentistes. Les interactions entre les professionnels de santé concernés auraient principalement lieu autour de pathologies aiguës, par besoin des compétences de l'autre à un moment précis du traitement, et très peu dans un cadre préventif, de suivi ou de prise en charge globale.

Au cours des entretiens, si les médecins interrogés ont en majorité bien accepté le principe de l'existence de relations entre pathologies bucco-dentaires et affections générales, leurs possibles mécanismes ont paru bien moins maîtrisés.



ouvertes générales, présentation d'une plaquette informative autour des relations entre maladies parodontales, diabète de type 2 et risque cardiovasculaire, puis questions semi-ouvertes sur le thème de la santé bucco-dentaire.

Plusieurs médecins ont spontanément rapporté une insuffisance de formation initiale autour des pathologies de la cavité buccale, en particulier autour de son examen clinique.

Une étude précédente avait conclu que les médecins généralistes s'estimaient globalement très compétents dans la prise en charge des plaintes bucco-dentaires, même si leurs réponses reflétaient une connaissance très variable des recommandations de bonnes pratiques. Ici, les médecins interrogés ont plutôt exprimé un sentiment de compétence mitigée, variable selon le degré d'investissement personnel ou de formation continue dans ce domaine, mais non du nombre d'années de pratique.

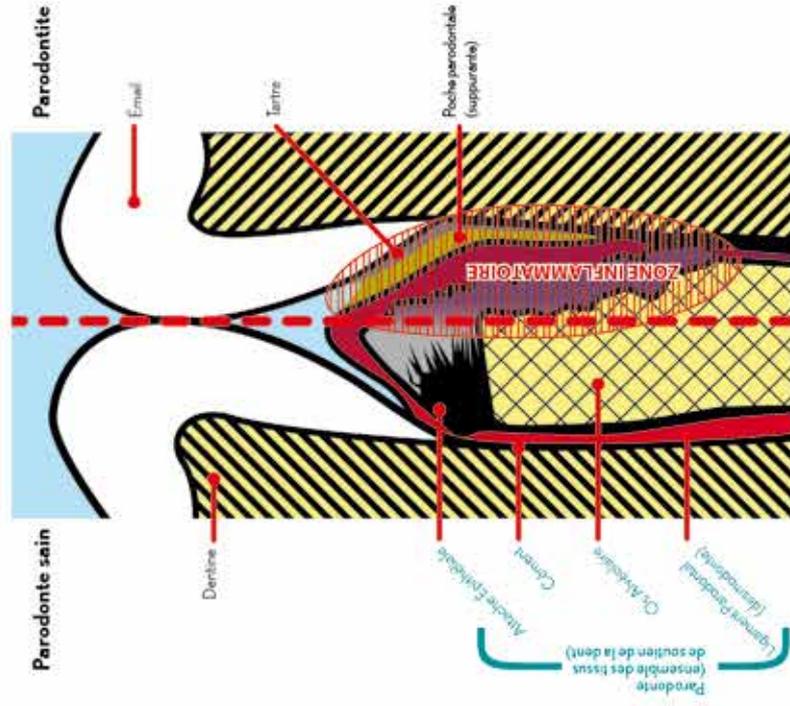
Il pourrait désormais être intéressant de répéter une enquête similaire auprès de médecins généralistes installés dans des zones de moins grande densité de professionnels de santé ou de plus grande densité de populations précaires, rechercher d'éventuels besoins de formation (ils ne l'étaient pas lors de cette enquête), ou encore réaliser une évaluation des connaissances en santé bucco-dentaire des internes en fin de cursus.

**Dr David AZERAD**

[1] Simpson TC, Needleman I, Wild SH, Moles DR, Mills EJ. Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes. Cochrane Database Syst Rev 2010;(5):CD004714.

# Pourquoi s'y intéresser ?

## Coupe schématique de l'espace inter-dentaire



[1] Bourgeois D, Bouchard P, Maitour C. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003. *J Periodont Res* 2007;42(3):219-27

[2] Goldberg M, Avoulin JL, Barrandon Y, et al. Maladies parodontales: thérapeutiques et prévention. Les Editions INSERM Paris 1999, 207 pages.

[3] Grelley SC. Cigarette smoking and periodontitis: methodology to assess the strength of evidence in support of a causal association. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999;27(1):16-24

[4] Phipps W, Meehan AL, Rimm EB, Josthoun KJ. Alcohol consumption increases periodontitis risk. *J Dent Res* 2003;82(7):509-13

[5] Lee H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *Int Dent J* 2000;50(3):129-39

[6] Frana FS, Savari R, Bowen WH, Myronowicz C. Preventive dentistry: practitioners' recommendations for low-risk patients compared with scientific evidence and practice guidelines. *Am J Prev Med* 2000;18(2):159-62

[7] Preshaw PM, Allan AJ, Herrera D, et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia* 2012;55(1):21-31

[8] Sundberg GE, Sundberg HE, Fellstrom CA, Wikblad KE. Type 2 diabetes and oral health: a comparison between diabetic and non-diabetic subjects. *Diabetes Res Clin Pract* 2000;50(1):27-34

[9] Hickey BJ, Oates TW. Diabetes mellitus and periodontal disease. *J Periodontol* 2006;77(8):1289-303

[10] Sato T, Szymanski Y, Kiyohara Y, et al. The severity of periodontal disease is associated with the development of glucose intolerance in non-diabetic: the Hisayama study. *J Dent Res* 2004;83(6):485-90

[11] Iida H, Hachiyama T, Wilson D, Takahashi K, Higashi T. Periodontal disease and incident diabetes: a seven-year study. *J Dent Res* 2011;90(1):41-6

[12] Marques de Silva R, Caugant DA, Jonasson R, Frostad L, Oksa I. Characterization of *Streptococcus constellatus* strains recovered from a brain abscess and periodontal pockets in an immunocompromised patient. *J Periodontol* 2004;75(12):1720-3

[13] Habb G, Hahn B, Torres P, et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version, 2009): the Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2009;30(19):2369-413

[14] Mastropoulos N, Harasthy VI, Zambon JJ, Zafropoulos GG. Detection of periodontal pathogenic microorganisms in atherosclerotic plaque. Preliminary results. *Chirurg* 2002;73(6):585-91

[15] Kretz J, Flugelman MY, Goldberg A, Hell M. Association between periodontal pockets and elevated cholesterol and low density lipoprotein cholesterol levels. *J Periodontol* 2002;73(5):494-500

[16] Pejovic A, Kesic L, B-hic Z, Pejac Z, Mirkovic D. Effect of periodontal treatment on lipoproteins levels in plasma in patients with periodontitis. *South Med J* 2011;104(8):547-52

[17] Blaizot A, Vergnes J-N, Nuwareth S, Amar J, Sixou M. Periodontal diseases and cardiovascular events: meta-analysis of observational studies. *Int Dent J* 2009;59(4):197-209

[18] Jankeit S-J, Beard AE, Chuang S-K, Jones JA. Meta-analysis of periodontal disease and risk of coronary heart disease and stroke. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003;95(5):559-69

[19] Chikvavy NGM, Vettore MV, Sansone C, Sheiham A. The relationship between diabetes mellitus and destructive periodontal disease: a meta-analysis. *Oral Health Prev Dent* 2009;7(2):107-27

[20] Simpson TC, Needleman L, Wild SH, Moles DR, Mills EJ. Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(5):CD004714

Ce document d'information a été réalisé dans le cadre d'un travail de thèse d'exercice à la Faculté de Médecine Générale Paris Descartes. Il n'a pas vocation à être diffusé en dehors de ce cadre et/ou se substituer à des recommandations édictées par des sociétés savantes dans le domaine de la santé. Les opinions émises doivent être considérées comme propres à leur auteur, sans aucune approbation ni improbation de la Faculté.

Le contenu de cette plaquette a été déposé sous licence Creative Commons BY-NC-SA 3.0 (utilisation autorisée sous conditions de citation de l'auteur, sans utilisation commerciale, avec partage des conditions à l'identique). Pour toute information complémentaire, merci de contacter l'auteur à : [devid.azere@mgmaist.com](mailto:devid.azere@mgmaist.com)

# Maladies Parodontales & Diabète / Type II / Maladies Cardiovasculaires

Des relations bi-directionnelles

## Les maladies parodontales :

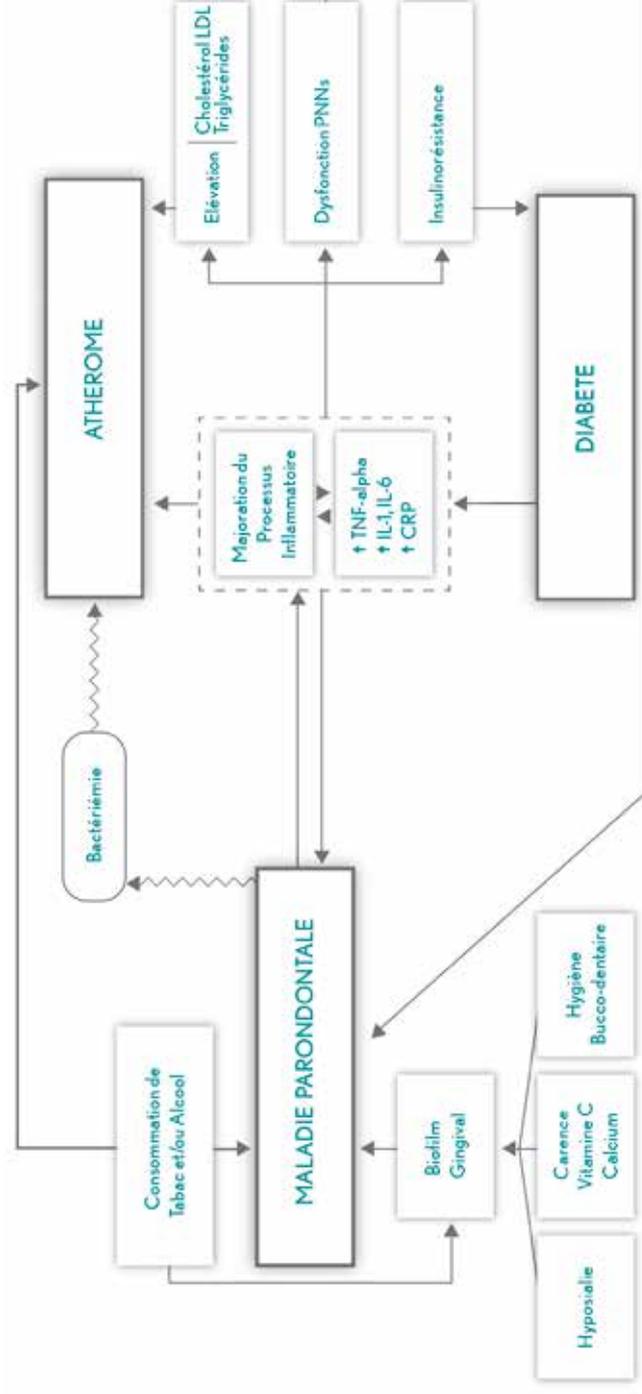
- Sont liées à une accumulation de bactéries à la jonction entre la dent et la gencive.
- **50 % des adultes français** souffrent de maladies parodontales, tous degrés confondus<sup>1</sup>.
- **30 à 40 % des extractions dentaires** sont dues à leurs conséquences<sup>2</sup>.
- Leur **prévention** repose principalement sur :
  - l'éviction du tabac<sup>3</sup> et de l'alcool<sup>4</sup>,
  - l'équilibration d'un éventuel diabète<sup>9</sup>,
  - la limitation de l'hyposialie<sup>5</sup>,
  - la correction de carences en vitamine C et en calcium<sup>5</sup>,
  - et surtout la promotion d'une bonne hygiène bucco-dentaire<sup>6</sup> (brossage des dents pluriquotidien ou à défaut bains de bouche 'anti-plaque') et détartrages réguliers<sup>6</sup>.
- Pour le généraliste, un dépistage simple peut être effectué par la recherche de :
  - signes de gingivite,
  - dénudation des racines dentaires,
  - saignements au brossage.

## Corrélation entre maladies parodontales et diabète de type II :

- Elle apparaît certaine<sup>7</sup>, la recherche s'axe aujourd'hui sur ses implications :
  - Le diabète est un **facteur de risque majeur** de survenue<sup>19</sup> et de gravité<sup>8</sup> des parodontites.
  - **60 %** des diabétiques de type II ont des lésions parodontales avancées<sup>9</sup>.
  - Les maladies parodontales entraînent une **majoration des cytokines inflammatoires systémiques** TNF-alpha, IL-1 et IL-6, pouvant contribuer à l'**insulinorésistance**<sup>10</sup>.
  - Leur **traitement ferait baisser l'HbA1c de l'ordre de 0,4 %**<sup>20</sup> et contribuerait ainsi à la baisse du risque de complications.
- Il est impossible à ce jour de conclure à une relation de causalité entre l'existence d'une parodontite chronique et la survenue d'un diabète de type II<sup>11</sup>.

## Corrélation entre maladies parodontales et cardiovasculaire :

- Des abcès ou des soins dentaires peuvent être responsables de **greffes bactériennes à distance**, en particulier d'**endocardites**<sup>12-14</sup>.
- Des **bactéries d'origine dentaire** ont été retrouvées dans les **plaques d'athérome**<sup>14</sup>.
- Les **dyslipidémies** :
  - Les patients atteints de maladies parodontales ont des **taux de cholestérol total, cholestérol LDL et triglycérides plus élevés** que la population générale<sup>15</sup>.
  - Le traitement d'une parodontite pourrait faire **diminuer les taux de cholestérol total et LDL** chez des patients atteints d'une hypercholestérolémie avérée ou non<sup>16</sup>.
- La parodontite, **facteur de risque indépendant** de survenue :
  - d'**évènement coronarien**, avec un **risque relatif faible** mais constamment retrouvé (de l'ordre de 1,24 à 1,54 selon les études)<sup>17-18</sup>.
  - d'**AVC ischémique** (risque relatif de l'ordre de 2,11 à 2,85 selon les études)<sup>18</sup>.
- Il n'est pas démontré à ce jour que le contrôle d'une maladie parodontale diminue l'incidence d'évènements coronariens ou d'AVC ischémiques<sup>17-18</sup>.



# Diabétiques & Cardiaques

## Pensez à leurs dents



# Thérapeutique

## Prise en charge des méno-métrorragies

Les méno-métrorragies sont une cause fréquente de consultation en médecine générale. Leur prévalence est estimée entre 11 et 13 % dans la population générale. Elle augmente avec l'âge pour atteindre 24 % chez les 36-40 ans.

### Définitions

**Règles normales :** Durée de 3 à 6 jours, < 80mL au cours du cycle.

**Ménorragies :** règles de plus de 7 jours avec une perte sanguine supérieure à 80 ml.

**Métrorragies :** saignement génital survenant en dehors des règles.

### Interrogatoire

- Age des premières règles
- Age de la puberté
- Age de la ménopause
- Régularité des cycles
- Volume des saignements
- Contraception
- Prise médicamenteuse
- Tabagisme
- Antécédent de maladie thromboembolique
- Antécédent de maladie de Willebrand (Chez les femmes présentant des ménorragies, la prévalence de la maladie de Willebrand est augmentée par rapport à celle de la population générale).



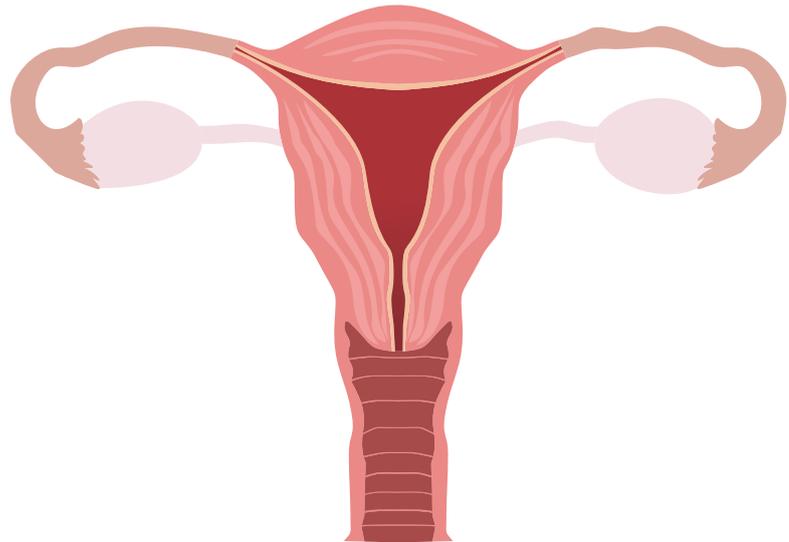
L'interrogatoire doit également s'attacher à éliminer les causes évidentes : oubli de pilule, Nexplanon®...

L'utilisation de scores de saignement permettent une évaluation simple et reproductible des pertes sanguines menstruelles et peuvent être utilisés dans le suivi des patientes et dans l'évaluation de l'efficacité des traitements. Il est également important de demander le nombre et la taille des protections utilisées.

### Examen clinique

L'inspection vulvaire et au speculum (sauf si patiente adolescente ou vierge) permet d'éliminer les causes évidentes :

- Volumineux ectropion
- Polype abouché par le col
- Cancer du col ou du vagin
- Plaie vaginale traumatique.



En l'absence d'élément à l'interrogatoire, si le score de saignement et l'examen clinique sont normaux et en l'absence d'anémie, il est recommandé de ne pas mettre en œuvre d'exploration diagnostique.

### Démarche diagnostique

Il faut distinguer deux grands cadres :

- Patiente en période d'activité génitale.
- Patiente hors période d'activité génitale.

#### Patiente en période d'activité génitale

- ➔ Si patiente en période d'activité génitale :  $\beta$ HCG !!
  - Si  $\beta$ HCG + : Fausse couche spontanée, grossesse extra-utérine, menace de fausse couche spontanée, môle hydatiforme.
  - Si  $\beta$ HCG - : On peut commencer à réfléchir...
- ➔ Au cours de la période d'activité génitale, on distingue 3 étapes :
  - La période péri-pubertaire.
  - La période « stable ».
  - La période péri-ménopausique.
- ➔ Dans tous les cas, on fera :
  - Une échographie pelvienne.
  - Un bilan sanguin simple : NFS, plaquettes, TP, TCA.

#### Période péri-pubertaire

Il est très fréquent d'avoir des méno-métrorragies à cette période dues à l'immaturité de l'axe hypothalamo-hypophysio-gonadique. Le

réglage hormonal n'étant pas encore au point. Cependant, il ne faut pas méconnaître certaines étiologies.

- Avoir les  $\beta$ HCG faciles
- Troubles de l'hémostase fréquents à éliminer avec bilan sanguin (NFS, plaquettes, TP, TCA)
- Tumeur ovarienne oestrogénosécrétante
- Éliminer un saignement d'une autre origine : urologique ou digestif.



Si une étiologie est retrouvée, le traitement est celui de la cause.

La plupart du temps, aucune étiologie n'est retrouvée, il s'agit le plus souvent d'une insuffisance lutéale ou d'une hyperoestrogénie relative. Dans ce cas, il ne faut pas chercher à réguler de manière parfaite les règles avec une pilule oestro-progestative, car il y a un risque

de bloquer l'axe hypothalamo-hypophysaire. Il est préférable de procéder à un soutien lutéal en 2<sup>ème</sup> partie de cycle (Duphaston® du 16<sup>ème</sup> au 25<sup>ème</sup> jour du cycle) et rassurer.

**Point sur l'hyperoestrogénie relative ou insuffisance lutéale :** Lors d'un cycle menstruel, il faut des œstrogènes pour la croissance folliculaire, qui eux-mêmes fabriqueront des œstrogènes. En cas de diminution des œstrogènes, la fabrication des follicules est altérée, l'ovulation sera donc de moins bonne qualité tout comme le corps jaune. La production de progestérone sera donc diminuée. Il y aura donc davantage d'œstrogène que de progestérone d'où l'hyperoestrogénie relative. Il s'agit bien d'une insuffisance lutéale. Les signes cliniques sont stéréotypés : métrorragies, gonflement abdominal, céphalées, tension mammaires.

#### Période « stable »

De la même manière, il ne faut pas passer à côté d'une pathologie de l'hémostase : NFS, plaquettes, TP, TCA. On ne fait pas de bilan hormonal sauf si on a une franche irrégularité du cycle. L'échographie pelvienne par voie abdominale et vaginale permet de faire le diagnostic.

- **Kyste ovarien**  
L'ovulation peut être perturbée par la présence du kyste, il y a donc une absence de corps jaune et donc une insuffisance lutéale. Il s'agit souvent de métrorragies intermittentes, plutôt en milieu de cycle, en général de faible abondance. Le traitement est fonction du type de kyste : expectative pour les kystes fonctionnels, chirurgical pour les kystes organiques.
- **Fibrome utérin**  
Leur développement est soumis aux hormones. Il n'y a pas de fibrome avant la puberté et ils régressent à la ménopause. Seuls les fibromes en rapport avec la cavité (sous-muqueux, interstitiels et endocavitaires) seront responsables de saignements.

Le traitement peut être conservateur : médical (progestatifs, Esmya®) ou chirurgical

(myomectomie) ou radical : hystérectomie totale inter ovarienne. On ne fait en général pas de traitement conservateur après 45 ans.

- **Adénomyose**  
Il s'agit d'une infiltration du myomètre par de l'endomètre. Elle concerne 50 % des femmes après 50 ans. Elle est asymptomatique dans 35 % des cas. Elle est souvent associée à des fibromes et à de l'endométriose. Ce serait la principale cause de ménométrorragies après 40-45 ans, mais son diagnostic est peu connu et difficile. A l'échographie elle est souvent confondue avec un utérus myomatoux. L'IRM et l'hystérocopie peuvent aider. Le traitement peut être médical (analogues LH-RH, DIU au levonorgestrel, macroprogestatifs) même si peu efficace ou chirurgical (endométréctomie (grossesse ultérieure impossible), hystérectomie).
- **Polype de l'endomètre**  
La prise en charge se fait par résection hystérocopie du polype, associée à un DIU au lévonorgestrel en l'absence de désir de grossesse.
- **Hyperplasie atypique de l'endomètre**  
Il s'agit d'un diagnostic histologique.  
  
En cas de désir de grossesse, on effectue un curetage avec mise en place d'un DIU au lévonorgestrel et contrôle hystérocopique à 6 mois. En l'absence de désir de grossesse, on procède à une hystérectomie d'emblée devant le risque d'évolution vers un cancer de l'endomètre.

Parfois, l'échographie est normale.

Si la patiente est d'âge mûr, il faut avoir l'hystérocopie facile pour ne pas méconnaître un polype ou un cancer de l'endomètre.

Si tout est normal, il s'agit en général de déséquilibres hormonaux. On parlera de :

- **Mémo-métrorragies idiopathiques.**  
La prise en charge peut être une expectative, des progestatifs du 16<sup>ème</sup> ou 25<sup>ème</sup> jour du cycle, notamment si désir de grossesse, une pilule oestro-progestative, un DIU au

lévonorgestrel ou la chirurgie. Si le traitement est inefficace au bout de 3 à 6 mois, proposer une hystérocopie.

### Période péri-ménopausique

Le raisonnement est le même, toutefois il existe souvent une irrégularité menstruelle par hyperoestrogénie relative ; MAIS il ne faut pas méconnaître un cancer de l'endomètre surtout si métrorragies et endomètre suspect à l'échographie !

En cas d'hyperoestrogénie relative, un traitement médical peut être instauré jusqu'à la ménopause avec des macroprogestatifs 10 ou 20 jours par mois si désir de contraception +/- œstrogènes les 10 derniers jours du cycle ou un DIU au lévonorgestrel. En cas d'échec, un traitement chirurgical sera proposé assez facilement.

### Patiente hors période d'activité génitale

On distingue :

- La période prépubertaire.
- La période post-ménopausique.

### Période prépubertaire

Faire un bilan sanguin : NFS, plaquettes, TP, TCA pour éliminer un trouble de l'hémostase et notamment une maladie de Willebrand (recherche d'antécédents familiaux), et une échographie pelvienne pour éliminer une tumeur ovarienne oestrogénosécrétante.

Ne pas oublier qu'il peut aussi s'agir des premières règles. C'est toutefois une situation assez rare.

### Période post-ménopausique

C'est une situation assez fréquente. Il s'agit d'un cancer de l'endomètre jusqu'à preuve du contraire.

On réalise une échographie pelvienne : une épaisseur de l'endomètre < 5 mm permet d'éliminer 99 % des cancers, une épaisseur > 5 mm est souvent associée à une pathologie organique sans qu'il s'agisse pour autant d'un cancer.

Une confirmation histologique est nécessaire : pipelle de Cornier (n'a de valeur que si positive) ou hystérocopie diagnostique.



**Place de l'IRM :** Non recommandée en première intention. Elle peut être utile en 2ème intention pour la cartographie de fibrome ou en cas de suspicion d'adénomyose.

**Cas particuliers des métrorragies sous oestroprogestatifs :** Situation fréquente parfois source de tâtonnement. Les pilules plus dosées, que ce soit en œstrogènes ou en progestatifs, font moins saigner que les pilules moins dosées. Une pilule prise en continue provoquera moins de saignement en abondance et en durée mais plus de métrorragies qu'une pilule prise de manière discontinue.

En cas de ménorragie on peut donc proposer la prise de pilule en continue. En cas de métrorragies, on peut augmenter la dose en œstrogènes.

Il vaut mieux attendre 2 ou 3 mois pour s'assurer de l'efficacité de la modification de la contraception.

**Cas particulier si fièvre :** Il peut s'agir d'une infection génitale haute hémorragique. Des infections subaiguës comme une salpingite chronique ou une endométrite infraclinique peuvent également expliquer ces tableaux.

### Conclusion

Situation fréquente.  $\beta$ HCG + échographie pelvienne + NFS, plaquettes, TP, TCA = 99 % des problèmes résolus.

Dr Camila ROVIRA

## Et si c'était par la faim...

### Le jeûne thérapeutique : une (nouvelle) mode ?

« Il faut manger pour vivre et non pas vivre pour manger », disait Molière en son temps.

Et si, à l'ère du surpoids et des maladies métaboliques, l'adage d'Arpagon reprenait des lettres de noblesse ? Stéatose hépatique, dyslipidémie, insulino-résistance, hypertension... autant de maux et de mots entachés d'une empreinte de fatalité dans nos pays occidentaux surmédicalisés. Parce que chroniques et incurables. Incurables ? Peut-être pas : depuis plus d'un demi-siècle, en Russie, en Allemagne et même aux Etats-Unis, des médecins explorent une autre piste : le jeûne.

L'aventure a commencé du temps où la Russie s'appelait U.R.S.S. et avait un système de santé à l'agonie : peu de structure de soins, peu voire pas de médicament, pas de sécurité sociale. Dans les asiles, la camisole chimique avait remplacé la camisole physique. Le refus de s'alimenter était fréquent parmi les patients et la

consigne générale était de les nourrir de force. Jusqu'au jour où un psychiatre respecta le jeûne d'un de ses pensionnaires... qui guérit rapidement. Les expériences se multiplièrent, avec des résultats favorables inespérés chez des patients psychiatriques ou atteints de maladies chroniques somatiques.

La résistance du corps médical (même en U.R.S.S.) fut si forte à ces nouvelles que l'histoire en serait restée là si le gouvernement de Moscou n'avait pas ordonné à deux médecins militaires de réaliser des recherches pour infirmer ou confirmer ces constatations. Dubitatifs mais obéissants, ces médecins se mirent à l'ouvrage : non seulement ils confirmèrent l'impact thérapeutique du jeûne mais encore ils établirent une liste d'indications (et de contre-indications) ainsi que des modalités de mise en œuvre et de surveillance.





Basé sur le principe d'une capacité innée d'auto-guérison prônée par Hippocrate, et d'une meilleure adaptation du corps humain à la pénurie alimentaire qu'à la pléthore de nourriture, le jeûne se veut une occasion pour l'organisme de se débarrasser des toxines qui l'engrassent et gênent son fonctionnement. Le résultat serait une véritable cure de jouvence : amélioration des maladies métaboliques, de l'asthme, de l'hypertension, rajeunissement cellulaire, diminution de la fatigue, amélioration de l'humeur...

Rien à voir donc, avec les régimes « duc... » des magazines féminins. Le prix à payer : une carence relative et légère en vitamines, résolutive paraît-il dès la reprise d'une alimentation équilibrée en fin de cure. Également une sensation de fin, pardon de faim, pouvant persister plusieurs jours alors même que l'organisme a enclenché ses systèmes de survie et puise dans ses réserves de gras l'énergie nécessaire à son fonctionnement.

Et la fonte protéique ? Elle n'apparaîtrait en fait qu'après consommation de 90 % du stock de lipides. Réaliser le jeûne ne serait donc pas dangereux en cure courte (avant d'atteindre le seuil des 90 % de lipides) et sous surveillance médicale (en raison des patients « fragiles » auxquels elle s'adresse).

Quant au cancer, il est actuellement une contre-indication au jeûne thérapeutique. Pourtant, des recherches aux États-Unis ont montré que jeûner 24 à 48 heures avant une cure de chimiothérapie diminue les effets indésirables du traitement. Comment ? Parce que des cellules normales mettent leur métabolisme en veille en cas de

pénurie alimentaire : métabolisme réduit donc absorption réduite des cytotoxiques et donc, réduction de l'impact sur la réplication cellulaire. À l'inverse, dans la même situation de pénurie alimentaire, les cellules cancéreuses augmentent leur capacité d'absorption des nutriments. Mode veille versus mode « turbo », cela ressemble à du ciblage thérapeutique, quelle que soit la chimiothérapie utilisée. Les cancérologues de la côte ouest des États-Unis ont bon espoir, leurs patients aussi.

Alors jeûner ou ne pas jeûner ? Pour ou contre, « que ta nourriture soit ta médecine et ta médecine ta nourriture » Hippocrate (460 – 370 av. J.C.).

**Dr Mylène SEPHORA**



## Correspondances Discussions

### Vie de carabin : la BD à ne pas manquer

Ce mois-ci, nous avons interviewé « Védécé ». L'auteur de cette BD qui commence à être connue de tous. 1<sup>ère</sup> BD sortie fin 2013, 2<sup>ème</sup> tome en cours, page Facebook plus que « likée », dessins qui parcourent la France ; dans les facultés, les amphî, dans toutes les spécialités... c'est le médecin non pas écrivain mais dessinateur à ne pas manquer ! Il a choisi de garder son anonymat. Il est interne en médecine, voilà. Il va nous parler de lui.

#### Comment est né(e) "Vie de carabin" ?

Presque par hasard il y a 3 ans. J'avais un peu de temps pour moi, et j'ai dessiné un ressenti sur mon stage de pédiatrie. J'ai partagé le dessin à mes amis. Puisque mon dessin a eu du succès, j'en ai dessiné un 2<sup>ème</sup> le lendemain, puis un 3<sup>ème</sup> le jour suivant...

Au bout de quelques dessins, mes amis m'ont poussé à créer une page internet, pour pouvoir partager mes dessins à plus de monde. Cette page a eu très rapidement du succès, en France mais aussi à l'étranger. A force de bouche-à-oreille, j'ai commencé à être sollicité par des partenaires et notamment par mon éditeur.

Le tome 1 de la bande dessinée est sorti en décembre 2013. Le tome 2, en cours de réalisation, devrait sortir d'ici la fin de l'année.

Quand je vois tout le chemin qu'a parcouru mon petit personnage, ça me laisse songeur. Ce n'était pas du tout réfléchi, et j'aurais très bien pu ne jamais le dessiner !



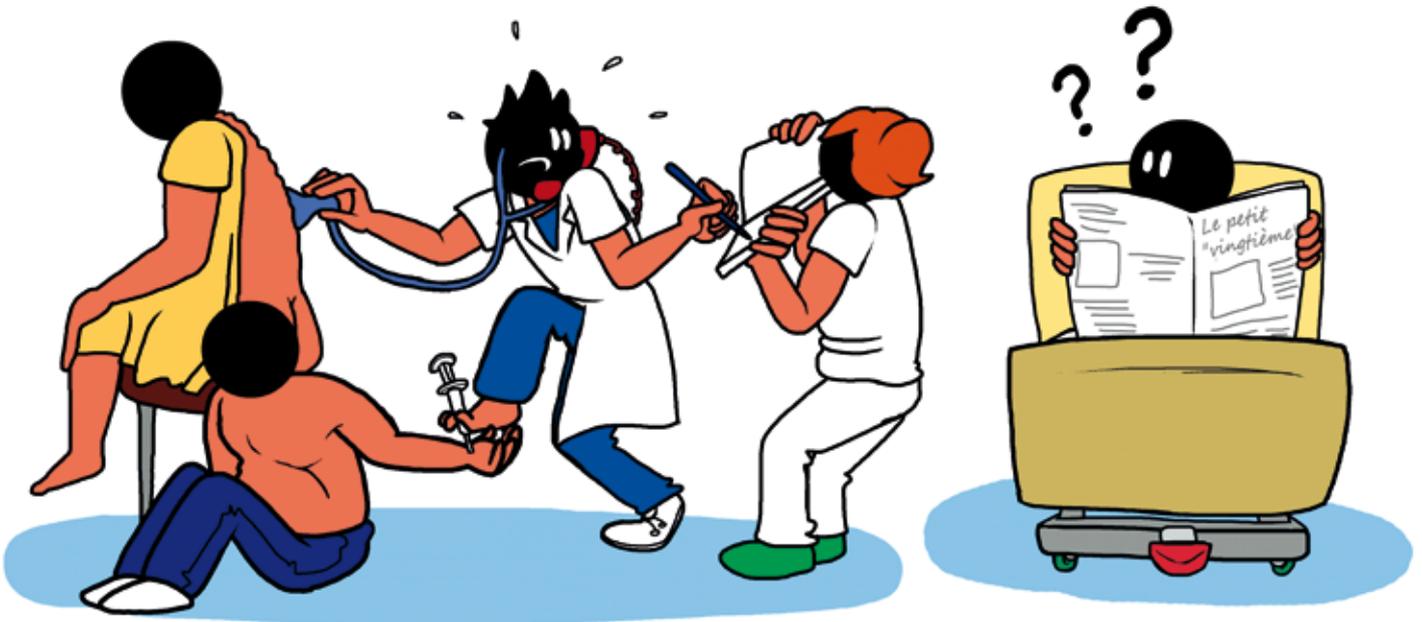
[facebook.com/VieDeCarabin](https://www.facebook.com/VieDeCarabin)

#### Avez-vous toujours dessiné ? Est-ce un besoin ? Une nécessité pour vous ?

J'ai toujours dessiné, oui. Je suis un passionné de bandes dessinées. J'en dessine depuis mes 11 ans. J'ai gagné quelques prix quand j'étais au collège. J'aurais bien aimé en faire mon métier, mais je savais que c'était un métier très précaire. J'ai donc suivi un parcours plus sûr.

A chaque fois que j'ai un crayon dans les mains, j'ai du mal à m'empêcher de griffonner ce que je vois. Naturellement j'ai dessiné dans les marges de mes cahiers de médecine. Mes dessins circulaient parfois dans l'amphi...

## Parfois j'aimerais presque être à votre place...



[facebook.com/VieDeCarabin](https://facebook.com/VieDeCarabin)

### Quels sont les messages que vous voulez faire passer avec vos dessins ?

Tout dépend du dessin.

Mes dessins sur internet et mes albums ne suivent pas la même démarche.

Mes dessins sur internet sont publiés au jour le jour, en fonction de mon humeur, de l'actualité et du sujet que j'ai envie d'aborder. Ce sont des dessins faits "à chaud".

Pour mes albums, les sujets sont plus réfléchis, scénarisés. Je choisis un ou plusieurs grands messages que je veux faire passer dans l'album.

Pour le tome 1 on peut dire que j'ai choisi d'aborder le sujet de la découverte des études de médecine. Avec ses bonnes surprises et ses désillusions.

Pour le tome 2, c'est plus compliqué car j'ai abordé beaucoup plus de thèmes. Sans en dire trop, je résumerai en disant que j'ai sélectionné mes thèmes pour aborder les études de médecine dans leur globalité et leur complexité.

### Est-ce que vos dessins reflètent réellement votre vécu personnel d'étudiant ou essayez-vous de faire connaître le monde des études de médecine à vos lecteurs sans avoir forcément vécu les scènes retranscrites dans la BD ?

Oui. Toutes les anecdotes racontées dans mes dessins sont tirées d'histoires vécues.

C'est aussi un moyen de faire découvrir les études de médecine à mes lecteurs : montrer ce qui s'y passe vraiment. Parfois cela surprend les gens parce que ça ne correspond pas

forcément à ce qu'on leur raconte à la télé... Et parfois cela en surprend certains qui peuvent réagir violemment.

Mais tout ce que je raconte est tiré de faits réels. C'est le moyen d'avoir des dessins les plus proches possible de la réalité, avec le moins de fiction possible.

**Il y a beaucoup de médecins écrivains... vous êtes un des premiers jeunes médecins dessinateurs, pensez-vous que le médecin a un besoin particulier de s'exprimer par écrit de quelque façon que ce soit ?**

Je pense surtout qu'il y a un vrai décalage entre "la version officielle" de la médecine française et ce qu'il s'y passe réellement.

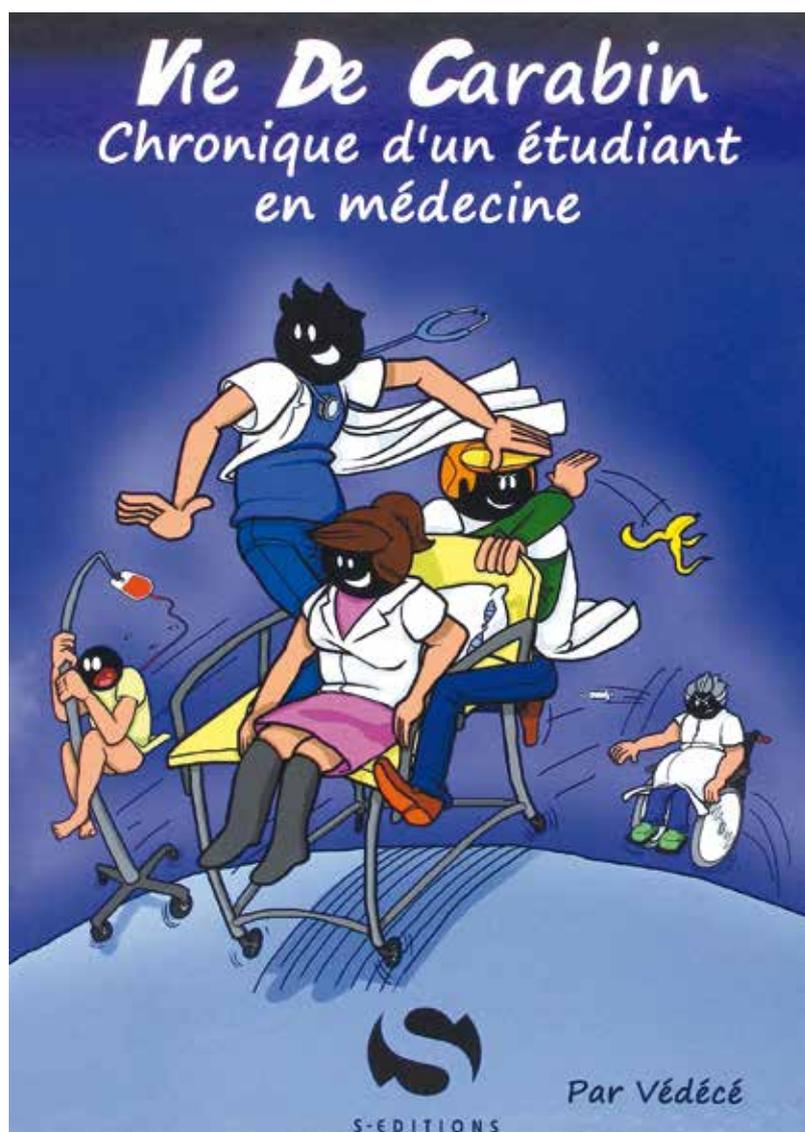
Quand on regarde un peu les livres écrits par des médecins, c'est presque toujours la même démarche qui ressort : témoigner sur la "vraie" médecine française : "La vérité sur la médecine",

"Anecdotes de consultation", "Journal d'un médecin généraliste", ... Le fait de côtoyer des gens très différents, de toutes les origines socioculturelles, a également quelque chose de très enrichissant, et génère énormément de situations à raconter. Ce n'est pas dur de trouver de l'inspiration dans ce métier...

**Que diriez-vous à un jeune lycéen qui se pose des questions sur les études de médecine ?**

De bien se renseigner. Les études sont très longues et très dures. Il ne faut pas les prendre à la légère. On voit trop de lycéens qui se sont inscrits en première année de médecine à la légère

et qui échouent. Mais une fois qu'on est prêt à faire les sacrifices nécessaires, c'est un très beau métier qui je pense en vaut le coût.



Vie de Carabin, chronique d'un étudiant en médecine

Par Védécé - Chez S Editions

# RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

sur notre portail internet [www.fehap.fr](http://www.fehap.fr)

## LA FÉDÉRATION

## INFORMATIONS & SERVICES

## EMPLOI

Offre d'emploi | CVthèque | Service Civique | Espace Candidat | Espace recruteur | Offre d'emploi à temps partagé

Je suis à la recherche d'un poste

Je m'enregistre sur le portail Internet FEHAP

Je poste ma candidature

Je crée une alerte pour recevoir les offres d'emploi correspondant à ma recherche

Mon CV est visible par plus de 4 000 structures

Je suis recruteur

Je m'identifie sur le portail internet FEHAP

Je recherche un salarié, je me rends sur l'espace Offre d'emploi

Je recherche ou souhaite proposer un temps partiel, je me rends sur l'espace Offre d'emploi à temps partagé

Je crée mon annonce

Je crée une alerte pour recevoir les CV adaptés à ma recherche

Elle est soumise à validation auprès de la FEHAP

Si elle est validée, l'annonce est mise en ligne

Si je le souhaite, elle est reprise sur les comptes Viadéo et LinkedIn de la FEHAP

## MATCHING !

# Dynamique syndicale

## Qu'est-ce que les jeunes médecins généralistes attendent pour s'installer ?

La démographie de la médecine générale révèle une profonde crise de confiance. Entre 2007 et 2014, **le nombre de médecins généralistes installés a chuté de 6.5 %**, alors que dans le même temps, l'ensemble des autres spécialités continuait de croître. Comment expliquer cette situation préoccupante ? Essentiellement par le fait que l'installation en médecine générale s'accompagne aujourd'hui de **l'insécurité sociale du « libéral »**, d'une **discrimination persistante** par rapport aux autres spécialités, et de **l'absence des moyens nécessaires** pour exercer dans de bonnes conditions une mission de Santé publique auprès de la population.

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) avait espéré que la Stratégie Nationale de Santé permettrait de renverser cette tendance grâce au « virage ambulatoire » et à la « révolution des soins primaires ». Malheureusement, le projet de loi de Santé s'est éloigné de cette ambition et a même introduit des **mesures allant tout à fait dans le sens opposé**, à savoir un dépeçage du métier tout en oubliant d'organiser la coordination des soins.



Si l'on souhaite sauvegarder pour demain une médecine générale de proximité, il est urgent de redéfinir les conditions d'exercice sur 3 plans principaux :

### Professionnel

Le médecin généraliste traitant doit être clairement identifié comme le coordinateur des soins du patient. Il lui revient de déterminer la pertinence des démarches de soins, du recours à d'autres spécialités, des délégations de tâches, des missions d'appui. Ce rôle ne doit pas s'arrêter aux portes de l'hôpital, avec lequel la communication doit être facilitée. Toutes les missions de la médecine générale doivent être reconnues et valorisées, notamment dans le domaine préventif.



### Economique

Le modèle économique de l'exercice conventionné doit évoluer afin d'optimiser le temps médical tout en évitant le « burn out » des praticiens. Pour ce faire, la part relative du paiement à l'acte doit diminuer au profit de dotations conventionnelles structurantes (notamment pour favoriser l'embauche d'auxiliaires salariés) et des forfaits de prise en charge globale des patients. Sur le plan symbolique, il est devenu urgent que les majorations « clinique » (MPC) et de « coordination » (MCS) soient accordées aux médecins généralistes qui restent discriminés plus de 10 ans après la reconnaissance de leur spécialité !

### Social

Les praticiens conventionnés en secteur 1 devraient bénéficier d'une couverture sociale complète et sécurisante par l'Assurance Maladie, superposable à celle des salariés, que ce soit dans les domaines de la maladie, de la maternité ou des accidents du travail.



Les départs à la retraite ou les réorientations des médecins généralistes découragés par les conditions de travail actuelles ne seront pas remplacés par la jeune génération si rien n'est fait **de façon urgente pour valoriser la médecine générale** à travers un modèle professionnel, économique et social revivifié.

Ce jeudi 19 mars 2015, afin d'évoquer ces questions,

- une délégation du SNJMG se rendra à l'hôtel Matignon à l'invitation du Premier Ministre ;
- le président du SNJMG se rendra à Mazamet (81) et Saint-Antonin-Nobleval (82), deux localités touchées par la crise démographique de la médecine générale.

# Communiqués de presse du printemps



## Proposition létale pour la médecine générale

Vendredi 6 mars 2015

L'incompréhension serait-elle donc totale entre les politiques français et les médecins généralistes ?

Dans un contexte extrêmement tendu où notre profession a conscience de lutter pour sa survie, un groupe de députés UDI et UMP met de l'huile sur le feu en déposant une proposition de loi qui promeut la coercition « afin de forcer les médecins à mieux s'implanter sur l'ensemble du territoire ».



Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a analysé la teneur de ce texte, qui se révèle bourré d'erreurs, de préjugés et de fausses « bonnes idées ».

La principale proposition est la mise en place d'un *numerus clausus* à l'installation des médecins généralistes, avec autorisation de l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour la création, le transfert, le regroupement des cabinets, leur distance respective... Outre que cette mesure est inadéquate, car fondée sur le préjugé inexact qu'il y aurait encore des zones « surdotées » en médecins généralistes, elle se révélerait tragiquement contre-productive car elle achèverait de détourner les étudiants de la médecine

générale, seule spécialité visée, et plus précisément de l'exercice ambulatoire conventionné, ceci au profit du salariat et du secteur hospitalier, lequel n'a pas la même mission.

La seule contrepartie évoquée est une aide à l'installation en zone rurale, dégressive sur 3 ans. Après avoir pointé l'échec des dispositifs précédents, certes tout aussi timorés, les auteurs du texte semblent manquer d'imagination pour faire mieux... La question du modèle économique de la médecine générale n'est même pas posée, ni celle de l'aide à l'emploi d'auxiliaires salariés, ni celle d'une indispensable amélioration de la protection sociale des médecins conventionnés.

Les députés réinventent ensuite le stage en médecine générale pour les externes... Savent-ils qu'on attend depuis plus de dix ans les moyens nécessaires à sa mise en œuvre ?

La fin du texte sombre dans un abysse de « schémas », « programmes » et « protocoles » censés structurer cette nouvelle médecine enfin encadrée administrativement ! Afin d'aider les ARS dans cette tâche ingrate, seraient mises en place des « commissions départementales de démographie médicale », dont les jeunes professionnels, les Facultés et les URPS sont bizarrement absents, mais où les « parlementaires du département » n'ont pas été oubliés...

Au terme de la lecture de cette proposition de loi, il apparaît que ses auteurs connaissent manifestement mal le sujet sur lequel ils ambitionnent de légiférer. A cet égard, leurs considérations sur la démographie médicale, par exemple, sont déjà suffisamment parlantes. Ces députés affirment en effet successivement « que le nombre des médecins augmente », puis un

plus loin qu'il « poursuivra une diminution », dont ils voient comme seule et unique cause la mise en place du *numerus clausus* en 1971... Une analyse plus approfondie leur aurait peut-être permis de comprendre cet apparent paradoxe : si l'effectif médical global est quasi-stable, c'est la part des généralistes qui est en constante diminution ces dernières années. Entre 2007 et 2014, le nombre de médecins généralistes a en effet chuté de 6.5 % tandis que celui des autres spécialités continuait d'augmenter. Comment expliquer cette situation ? Par le fait que la médecine générale est une spécialité qui souffre, qui reste discriminée symboliquement et financièrement, qui ne dispose pas aujourd'hui des moyens nécessaires pour remplir sa mission auprès de la population.

Oui, il y a urgence pour sauver la médecine générale, qui est si importante et utile pour nos concitoyens.

Cela suppose d'apporter rapidement des réponses à un certain nombre de questions cruciales : la place de la médecine générale dans le système de santé, les évolutions nécessaires de son modèle économique, les moyens indispensables pour une formation initiale et continue de qualité, la structuration et le financement des soins primaires et de la coordination des soins...

Le SNJMG va continuer son travail d'explication auprès des élus et appelle les électeurs français à ne pas se laisser abuser par des discours simplistes qui mettent en danger leur santé de demain.

## Marisol Touraine ne répond pas aux aspirations des futurs et jeunes médecins généralistes

**Judi 12 mars 2015**

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a été attentif au contenu de la conférence de presse du 9 mars 2015 tenue par Madame Marisol Touraine au sujet du projet de loi de santé.

Le SNJMG constate que dans le conflit qui l'oppose à la quasi-totalité des organisations médicales, la ministre de la Santé adopte la même tactique que celle dont elle use régulièrement dans ses conflits avec les jeunes médecins : elle ne répond pas aux questions principales qui lui sont posées, mais cède, à l'occasion d'une mobilisation, sur des points annexes.

Ainsi a-t-elle annoncé que le tiers payant serait généralisé par étapes, et que la première étape concernerait les bénéficiaires de l'ACS (aide à la complémentaire santé) et les patients en ALD (affection de longue durée). Le SNJMG se réjouit que la ministre envisage de supprimer les franchises médicales pour les bénéficiaires de l'ACS et que l'Assurance maladie se voie attribuer le rôle de guichet unique.

En revanche, pour les personnes en ALD, l'annonce n'en est pas vraiment une. En effet, le tiers-payant à 100 % par le régime obligatoire ne présentant pas de difficulté technique (il suffit juste d'adapter l'actuelle réglementation), de nombreux médecins généralistes le proposent déjà à leurs patients.

Le problème principal reste donc entier puisque la ministre n'a fourni aucun début de solution technique pour la généralisation du tiers-payant aux autres patients, ni aucun éclaircissement sur l'implication des organismes complémentaires.

En ce qui concerne l'organisation territoriale sanitaire, la ministre a annoncé une modification essentiellement sémantique et un report de la partie du texte de loi concernant les données de santé (sujet manifestement encore moins bien maîtrisé techniquement par le ministère que le tiers payant).

Enfin, la ministre n'a pas compris l'urgence de prendre à bras le corps la crise profonde que

traverse la médecine générale et les difficultés rencontrées par les jeunes médecins : aucune réponse à la crise des installations (1), question des moyens renvoyée au domaine conventionnel avec mise en avant des seuls forfaits actuels, malheureusement déficients et critiquables (2), résolution en trompe-l'œil du temps de travail des internes (3), pénalisation des internes en médecine générale pour les taux d'inadéquation aux choix de stages (4), mépris persistant face à la situation tragique des privés de thèse (5)...

En conséquence, le SNJMG confirme sa participation à la manifestation du dimanche 15 mars 2015 afin d'obtenir le report et la réécriture de la loi de santé.

Un préavis de grève a été déposé par le SNJMG pour couvrir les internes, les remplaçants et les

jeunes installés ou salariés en Médecine Générale :

- Du samedi 14 mars à midi au lundi 16 mars au matin ;
- Ainsi que pour le jeudi 19 mars, journée d'action qui sera spécialement consacrée à l'aggravation de la crise démographique en Médecine Générale.



## Annexes

(1) : Entre 2004 et 2010 : 19 600 postes de Médecine Générale ont été proposés à l'internat mais seuls 9 090 étudiants ont validé leur troisième cycle de Médecine Générale et 5 500 de ces nouveaux médecins généralistes exercent en libéral en 2014.

(Source : Dr Boué, président du Conseil de l'Ordre des Médecins au colloque de MG-France le 05.03.15)

- (2) : Le SNJMG demande des forfaits ad hoc pour les jeunes médecins  
<http://www.snjmg.org/blog/post/le-snjmg-demande-des-forfaits-ad-hoc-pour-les-jeunes-medecins/217>
- (3) : Temps de travail des internes : une occasion manquée  
<http://www.snjmg.org/blog/post/temps-de-travail-des-internes-une-occasion-manquee/371>
- (4) : Choix des internes en médecine : deux poids, deux mesures ?  
<http://www.snjmg.org/blog/post/choix-des-internes-en-medecine-deux-poids-deux-mesures/369>
- (5) : Un triste Noël de plus pour les « privés de thèse »  
<http://www.snjmg.org/blog/post/un-triste-noel-de-plus-pour-les-privés-de-these/327>

## Ce n'est qu'un début !

**Mardi 17 mars 2015**

Ce dimanche 15 mars 2015 a été un évènement historique pour les professionnels de Santé, mobilisés par dizaines de milliers dans les rues de Paris, tous unis pour exprimer leur inquiétude et leur mécontentement. Malheureusement, il semble que les pouvoirs publics n'aient toujours

pas pris la mesure de la crise, ni de la profonde réorientation indispensable pour secourir un système de Santé en danger.

A l'issue de la manifestation, les représentants syndicaux ont pu rencontrer la ministre de la Santé.

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a rappelé ses demandes d'une réécriture en profondeur de la loi de Santé autour de 3 axes :

- Une protection sociale publique et solidaire ;
- Un système de Santé refondé sur les soins primaires ;
- Une gouvernance sanitaire démocratique et non technocratique.

Sans répondre aux dysfonctionnements de plusieurs groupes de travail, la ministre a annoncé des amendements gouvernementaux, dont nous pourrions avoir connaissance dès le lendemain... soit la veille de leur présentation devant la commission des Affaires Sociales de l'Assemblée nationale.

L'analyse de ces amendements met en lumière quelques timides progrès :

- Définition d'équipes de soins primaires autour des médecins généralistes ;
- Accord indispensable du médecin traitant pour le déclenchement des fonctions d'appui ;
- Pratiques avancées des auxiliaires médicaux dans le cadre d'une équipe coordonnée par un médecin ;
- Expérimentation de la vaccination par les pharmaciens limitée au vaccin antigrippal ;
- Transformation du « service territorial de santé au public » en « communautés professionnelles territoriales de santé » ;
- Le schéma régional de santé n'est pas opposable aux professionnels libéraux et la démocratie sanitaire locale s'organise dans des conseils territoriaux de santé.

Malheureusement plusieurs questions restent sans réponse, notamment celle du tiers-payant, que la ministre persiste à vouloir graver dans le marbre de la loi alors que les difficultés pratiques de sa mise en œuvre ne sont en rien réglées !

Madame Touraine joue avec le temps, d'un côté en promettant un report de la mise en œuvre des mesures problématiques ou leur

transformation en expérimentation afin de mieux les imposer plus tard, de l'autre côté en choisissant, après une concertation bâclée, une procédure parlementaire accélérée !

Plus grave encore, la ministre fait l'impasse totale sur les moyens pourtant indispensables au fameux « virage ambulatoire ». En effet, le corolaire logique d'une réforme censée mettre le médecin traitant au centre du système de soins est bien entendu la question de la redistribution de certains moyens en faveur de la médecine générale (dotations pour financer plus de secrétariat, équité tarifaire entre spécialités, rémunération de la coordination...). Cette question, posée dimanche soir à la table des négociations par le président du SNJMG, a été volontairement caricaturée par la ministre, puis écartée d'un revers de main...

Pourtant sur ce point rien ne doit être lâché. En effet, pendant que le ministère de la Santé croit pertinent de gagner du temps, le nombre de médecins généralistes continue à s'effondrer dans tout le pays, à la campagne comme en ville.

Ce jeudi 19 mars, suite à son préavis de grève, le SNJMG appelle les futurs et jeunes généralistes à suspendre leurs activités pour la journée ou pour quelques heures, ceci afin d'aller exposer la gravité de la situation à leurs élus locaux (maires, députés, sénateurs, candidats aux élections départementales...) et de discuter avec eux des vraies solutions face à ce problème majeur. Pour ce faire, le président du SNJMG se rendra jeudi à Mazamet (81) et Saint-Antonin-Nobleval (82), deux localités touchées par la crise de la médecine générale.



## Médecine générale : où est passé le rapport Druais ?

Jeudi 26 mars 2015

Demain, jeudi 26 mars s'ouvrira à Paris, dans une ambiance marquée par la mobilisation des médecins, le 9<sup>ème</sup> Congrès de la Médecine Générale. Marisol Touraine, ministre de la Santé, devrait y prononcer une allocution durant la cérémonie d'ouverture. L'ISNAR-IMG, ReAGJIR, le SNEMG, le SNJMG et MG France demandent toujours des mesures concernant la discipline et sa filière universitaire, demandes auxquelles s'associe le CNGE.

### Où est passé le rapport du Pr Pierre-Louis Druais ? Que sont devenues ses propositions ?

La communauté de la médecine générale française s'interroge.

Le 9 mars, le Pr Pierre-Louis DRUAIS a remis à la ministre de la Santé le rapport du groupe de travail sur la place du médecin généraliste dans le système de santé. Ce rapport contient 12 propositions :

- Organiser la hiérarchisation du système de santé autour des soins de santé primaires et conforter la fonction traitante du médecin généraliste.
  - Impliquer l'hôpital et les établissements de soins et de santé dans le parcours de soins.
  - Inscrire le patient dans les dispositifs négociés de soins et d'accompagnement sous la pleine responsabilité, l'accord et l'implication du médecin traitant.
  - Missionner les ARS à accompagner de manière concrète et opératoire les professionnels au changement.
  - Faire de la convention nationale le lieu de la déclinaison opérationnelle des plans de santé publique, de la contractualisation, des modalités de la formation et de l'accompagnement des professionnels.
  - Garantir à la médecine générale une équité de traitement avec les autres disciplines médicales, en termes d'avantages et d'engagements.
  - Définir au sein de l'ONDAM un fond d'investissement dans l'organisation des soins primaires.
- Créer au sein du ministère de la Santé une direction des soins de santé primaires.
  - Décider et budgétiser le plan de nomination sur 10 ans des enseignants universitaires associés et titulaires de médecine générale pour atteindre rapidement le seuil de 500 équivalents temps plein.
  - Refonder un système de développement Professionnel Continu (DPC) utile et simple, dont l'organisation sera confiée à la profession et aux instances paritaires.
  - Impliquer les patients dans le recentrage du système de santé vers les soins primaires et définir avec eux un mode d'emploi du système.
  - Créer dans la Loi un chapitre "médecine générale et soins primaires" regroupant les mesures existantes ou à venir.



### Et maintenant ?

Le rapport Druais et ses propositions constituent la base des revendications de la discipline et de la profession. Il réaffirme la place du médecin généraliste au sein des soins primaires.

A ce titre, la création d'une nouvelle spécialité de médecine ambulatoire avec des options de sous spécialisations de premier recours proposée par certains est absurde et anachronique. Les 12 propositions du rapport sont toutes indispensables pour permettre à notre système

de santé de s'adapter aux enjeux du 21<sup>ème</sup> siècle et d'initier le virage ambulatoire que le gouvernement a appelé de ses vœux.

Nous appelons le gouvernement à répondre enfin aux revendications unanimes et parfaitement identifiées de notre profession.

Matthieu CALAFIORE, président du SNEMG, Théo COMBES, président du SNJMG, Jacques-Olivier DAUBERTON, président de ReAGJIR, Claude LEICHER, président de MG France, Pierre-Antoine MOINARD, président de l'ISNAR-IMG, Vincent RENARD, président du CNGE.

## Article 18 sur le tiers-payant : Consternant

Mardi 21 avril 2015

L'Assemblée Nationale a voté mardi dernier en première lecture la loi dite « de modernisation de notre système de santé ». Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes a étudié avec une attention particulière la mouture retenue pour l'article portant sur le tiers-payant.

L'article 18 commence par enfoncer des portes ouvertes, en prévoyant la mise en place en 2016 du tiers-payant pour les consultations concernant les affections longue durée (ALD) ou la maternité... ce qui se pratique déjà sans difficulté, puisque ces consultations sont prises en charge à 100 % par le régime obligatoire.

La vraie nouveauté (ou la vraie difficulté ?), c'est-à-dire le tiers-payant pour le reste des assurés portant à la fois sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire, est quant à elle repoussée à 2017.

Pour quelle raison ? Tout simplement parce qu'il est impossible de dire aujourd'hui comment cela sera techniquement réalisable. Le SNJMG avait bien identifié cette situation ubuesque lors des réunions du groupe de travail dédié au sujet, le texte de la loi le confirme !

En effet, l'article 18 prévoit que les solutions techniques seront précisées au plus tard le 31 octobre 2015, c'est-à-dire après le vote de la loi... N'est-ce pas ce que l'on appelle mettre la charrue

avant les bœufs ? Pourquoi vouloir graver dans le marbre de la loi un dispositif dont les modalités pratiques demeurent dans un flou inquiétant ?

Quels sont les enjeux de ces choix techniques ? Ils concernent d'un côté le déroulé concret de la consultation médicale, d'autre part l'orientation et l'avenir de notre système de protection sociale.

En effet, la relation entre le médecin et le patient est déjà parasitée par de nombreuses tâches administratives. Faut-il alourdir encore ces aspects par la vérification des droits d'assurance maladie obligatoire, des droits d'assurance complémentaire, de la déclaration du médecin traitant, de l'autorisation de prélèvement des franchises sur le compte du patient ? Que va-t-il se passer si ces conditions ne sont pas remplies ? Les difficultés déjà expérimentées par les praticiens pour vérifier et récupérer les tiers-payants ne sont pas de nature à nous rassurer.



Ainsi, au lieu de formuler une nouvelle obligation, il eut été plus sage de rechercher d'abord les solutions pratiques permettant de faciliter le recours au tiers-payant chaque fois que cela est utile et pertinent.

Notre protection sociale se distingue actuellement par un panachage peu logique et peu compréhensible entre une assurance maladie publique et des organismes complémentaires. Suivant la volonté du Président de la République, la loi du 14 juin 2013 a imposé la généralisation d'une complémentaire santé pour tous les salariés, achevant ainsi de vider de son sens le concept de ticket modérateur. Qu'est-ce qui empêchera ensuite les pouvoirs publics de déplacer le curseur, de manière discrète grâce au tiers-payant, de la sécurité sociale vers les assurances privées ? L'insistance des complémentaires en faveur d'une gestion du tiers-payant en deux flux, c'est-à-dire indépendamment de l'assurance maladie, est à mettre en parallèle avec leur volonté affichée de devenir non seulement des payeurs mais aussi des décideurs. Il faut se poser la question de la légitimité et de la pertinence de cette privation rampante de notre protection sociale.

S'il ne résout pas vraiment les difficultés pratiques des médecins, le texte voté par les députés a quand même le mérite de sembler résister au lobbying des complémentaires, puisque c'est à l'assurance maladie qu'il confie « la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant ».

Reste à voir comment sera interprétée l'expression « flux unique de paiement », là où parler d'un « flux unique de facturation et de paiement » eut été plus clair. Le SNJMG continue à réclamer pour les professionnels de santé un interlocuteur et un payeur unique, c'est-à-dire l'assurance maladie, à charge pour elle de s'articuler avec les assurances complémentaires tant que perdurera ce système bancal de protection sociale.

Afin de simplifier les choses, le SNJMG préconise la suppression du ticket modérateur dans le

champ des soins primaires et du parcours de soins coordonné par le médecin traitant, rendant ainsi le recours aux complémentaires inutiles dans ce domaine.

Dans un système de protection sociale qui se veut « universel », quel est le sens de la vérification des droits ? Des milliers de personnes qui auraient droit à la CMU l'ignorent ou renoncent devant la complexité des démarches. Il faut passer un cap et simplifier radicalement l'ouverture des droits. Des économies importantes sont à attendre d'une fusion des différents régimes d'assurance maladie, inadaptés au monde du travail actuel.

Le SNJMG s'insurge contre l'imposture sociale du gouvernement. Bien loin de tenir la promesse du candidat Hollande de supprimer les franchises médicales, la « gauche » prévoit dans cet article 18 leur récupération sur les comptes bancaires des français...

A l'image du reste de la loi, cet article 18 brille donc par son manque d'ambition et de cohérence. Il est consternant de constater que les grands enjeux de la survie de notre système de protection sociale solidaire, ainsi que celle d'une médecine de proximité, n'ont pas été compris par les députés.

Continuant à dénoncer les insuffisances préoccupantes de cette loi, le SNJMG a d'ores et déjà pris rendez-vous avec plusieurs sénateurs afin de peser sur la suite du processus parlementaire.



## ROSP : il faut revoir la copie

Jeudi 30 avril 2015

Ce lundi, la CNAM a fait grand cas de la « prime qualité » versée aux médecins (entretien de Nicolas Revel, Directeur Général de la CNAM, au « Quotidien du Médecin » le 27 avril 2015). Le SNJMG tient à rappeler que la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) n'est pas une « prime » mais une **rémunération conventionnelle complémentaire**. En diversifiant les modes de rémunération de médecins conventionnés, elle a le mérite de tenter de **limiter les effets pervers du paiement à l'acte**, dont le principal défaut est de plus récompenser la quantité que la qualité.

Malheureusement, le dispositif actuel souffre de **nombreux défauts de conception** :

- Sur la forme, c'est une rémunération au **statut réglementaire flou**, n'étant ni une rémunération conventionnelle intégrée (comme la nomenclature générale des actes professionnels - NGAP ou la Classification commune des actes médicaux - CCAM), ni un contrat optionnel signé entre médecin et sécurité sociale (comme c'était le cas pour l'Option Médecin Référent - OMR - et le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles - CAPI).
- Sur le fond, c'est une rémunération qui « **mélange torchons et serviettes** » puisqu'elle adjoint à une vraie rémunération sur Objectifs de Santé Publique des forfaits liés à l'organisation du cabinet médical ainsi qu'un dédommagement pour la télétransmission de Feuilles de Soins Electroniques (FSE), avec l'illogisme que la non-validation de l'objectif de télétransmission des FSE annule non seulement le dédommagement correspondant mais aussi celui concernant l'organisation du cabinet...
- Sur le choix des **indicateurs** « de santé publique » : ils peuvent être très discutables et font poser la question de l'indépendance des personnes en charge de leur élaboration, ce qui a d'ailleurs amené un certain nombre de médecins à refuser la prime de la ROSP afin d'éviter le risque d'un conflit d'intérêts vis-à-vis de leurs patients.

- Sur la **pénalisation des jeunes médecins** : la ROSP ne concernant pas les remplaçants et pénalisant les jeunes installés, puisqu'elle est calculée sur des indicateurs qui n'existent pas la première année d'installation et est indexée sur la taille de la patientèle.



Devant cette situation, le SNJMG propose plusieurs mesures simples :

- **Distinction** entre la rémunération sur **objectifs de santé publique** (faisant l'objet d'un contrat optionnel annuel avec tacite reconduction) d'une part, et des **dotations conventionnelles structurantes** (organisation du cabinet, informatisation...) d'autre part.
- Détermination des Objectifs de Santé Publique par un **collège d'experts indépendants**, avec validation par les parties signataires de la convention médicale.
- Calcul de la ROSP sur une base minimale forfaitaire de 500 patients pour les 5 premières années d'installation si nécessaire.

Par rapport à l'année dernière, le SNJMG se réjouit que la CNAM ait déjà accédé à sa revendication d'un **règlement simultané de la ROSP des jeunes installés** avec celle des autres médecins.

En espérant qu'il y aura moins d'injustices et d'erreurs que les années précédentes, le SNJMG appelle les jeunes médecins à lui signaler tout problème concernant la ROSP.

Plus globalement, face à la crise actuellement traversée par la médecine générale, le SNJMG demande **une réforme en profondeur de la convention médicale**, avec un **secteur unique revalorisé** et l'instauration de véritables **dotations conventionnelles structurantes**, favorisant notamment l'emploi d'auxiliaires salariés (devenus indispensables pour la gestion du tiers-payant, l'accueil des patients, la tenue optimale des dossiers médicaux, le développement de nouvelles activités de prévention et d'éduca-

tion thérapeutique...), ces dotations étant bien sûr majorées lors des premières années d'exercice afin de sécuriser et de stimuler l'installation.



## GARDER CONTACT - ADHERER

[www.snjmg.org](http://www.snjmg.org)

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

N'hésitez pas, nous sommes là pour ça !

# Snjmg



Macéo éditions  
Mscéo éditions



Retrouvez toutes nos actualités  
et communiqués sur le site

# snjmg.org



## Questions - Réponses

### L'ostéopathie : si on en parlait ?

Après avoir longuement hésité sur le sujet de ce nouvel article, ma décision est prise. Je vais écrire sur ces pratiques dont on nous parle assez peu pendant nos études : l'ostéopathie, l'hypnose, l'homéopathie et la phytothérapie. Cela risque de prendre plusieurs numéros de Jeune MG !!

Ce premier volet va donc survoler l'ostéopathie et sa place dans notre vie de médecin... je dois d'emblée évoquer mes conflits d'intérêts : mon mari est ostéopathe et donc nombre de mes amis sont ostéopathes... ceci explique probablement cela...

#### Un peu d'histoire pour commencer...

Son fondateur est Andrew-Taylor Still (1828-1917), un médecin américain. Il prend conscience au fur et à mesure de son expérience de la limite de la médecine allopathique (dite traditionnelle) et s'appuie sur les médecines grecque, indienne et égyptienne pour inventer l'ostéopathie. Il fonde la première école d'ostéopathie aux Etats-Unis en 1892.

Un de ses élèves, John-Martin Littlejohn (1865-1947), crée en 1917 la première école d'ostéopathie européenne en Angleterre. Il incorpore alors dans ses cours des éléments apportés par le développement des sciences de base de la santé et de la médecine scientifique.

L'ostéopathie ne se développe en France qu'à partir de 1936 avec le Dr Robert Lavezzi (1866-1977). Mais ce n'est que dans les années 50 que la première école française d'ostéopathie est créée par Paul Gény, ostéopathe français de formation anglaise.

Jusqu'en 1980, l'ostéopathie est surtout exercée par des kinésithérapeutes qui s'en servent comme outils pour améliorer leur efficacité thérapeutique et non comme un soin à part entière. En 1981, le Registre des Ostéopathes de France est créé afin de promouvoir l'ostéopathie comme profession indépendante.

Jusqu'en 2002, l'ostéopathie est assimilée à un exercice illégal de la médecine par l'Ordre des Médecins. Puis, grâce à la loi sur le droit des malades, l'ostéopathie est reconnue comme une profession pouvant être exercée par des personnes n'étant ni kinésithérapeute ni médecin.

Les premiers décrets d'application de la loi de 2002 n'ayant été mis en place qu'en 2007, de nombreuses formations, de qualités inégales, ont fait leur apparition. Néanmoins, depuis 2014, des décrets plus clairs et plus stricts sont apparus afin d'homogénéiser la formation délivrée aux étudiants. Cette dernière est donc actuellement de 5 ans, avec des enseignements théoriques et pratiques sur, entre autres, l'anatomie, la sémiologie et les différents types d'approches ostéopathiques. Le nombre d'école devrait drastiquement diminuer et des fermetures sont à prévoir dans les prochains mois.





### Sa définition officielle...

L'ostéopathie est définie par le Référentiel Métier Ostéopathe® : "L'ostéopathie consiste, dans une compréhension globale du patient, à prévenir, diagnostiquer et traiter manuellement les dysfonctions de la mobilité des tissus du corps humain susceptibles d'en altérer l'état de santé". Elle prend en compte les interdépendances des différents éléments et systèmes constitutifs du corps humain (anatomiques, physiologiques), mais aussi des facteurs environnementaux.

### Son utilité dans notre pratique...

L'ostéopathie considère le corps comme une unité. La plupart des problèmes non organiques (non liés à une maladie d'organe) sont donc liés à des dysfonctions qui trouvent leur explication dans notre vie (histoire psychologique, antécédents médicaux, métier/posture). C'est grâce à des manipulations manuelles que l'ostéopathe rétablit l'équilibre corporel. Ces champs d'actions sont donc très larges.

Exemple simple : le mal de dos. Il a plusieurs causes possibles. En voilà trois :

- ☒ Lorsque l'on se fait une entorse, on boite ; on entraîne donc une bascule anormale du bassin. Cette dernière est compensée par l'ensemble de notre rachis afin de maintenir nos yeux à l'horizontal. Cela entraîne donc des tensions musculaires qui risquent de se retrouver au point « culminant » de notre rachis : le cou ; d'où cervicalgies et lombalgies qui peuvent suivre les entorses ou autres traumatismes du membre inférieur même plusieurs années après.
- ☒ Le stress entraîne une modification de la respiration (plus courte et plus rapide). Quand cela devient chronique, le muscle du diaphragme perd de son amplitude. Comme il s'insère sur les côtes et les vertèbres, une dysfonction apparaît (ici une tension musculaire) qui a terme pourra entraîner des lombo-dorsalgies.
- ☒ Le travail posté : la plupart de nos concitoyens travaillent maintenant sur ordinateur. Ce dernier est rarement positionné correctement pour permettre un repos de l'accommodation (position qui varie d'un individu à l'autre) et les personnes procèdent peu à des pauses pour soulager leurs yeux. Le muscle permettant l'accommodation peut alors se fatiguer. Sa tension musculaire se répercute alors sur l'ensemble des muscles environnants, entraînant ainsi des céphalées dites de « tension ». Les muscles du dos s'insèrent sur la base du crâne. Ils peuvent donc être « contaminés » par les tensions liées à la vision.



Autre exemple : lors d'une naissance, le bassin de la mère s'ouvre afin de laisser passer l'enfant. Et le crâne du bébé se déforme pour faciliter son passage dans le bassin de sa mère. Une fois qu'on a bien cela en tête, on peut aisément

comprendre l'utilité d'une consultation ostéopathique pour le nouveau-né ET la maman dans les semaines qui suivent l'accouchement pour vérifier qu'aucune dysfonction ne se met en place lors du repositionnement naturel des structures osseuses. Il est rare qu'une seule cause entraîne immédiatement des douleurs.

C'est, en général, l'accumulation de multiples dysfonctions qui fait apparaître la douleur et amène le patient à consulter. Et tant que ces dysfonctions ne sont pas levées, les troubles réapparaissent rapidement à l'arrêt des médicaments antalgiques ou à la reprise des situations quotidiennes les ayant entraînés.



### Les différences avec les autres métiers de « manipulation »...

- ▣ **La kinésithérapie** : son rôle est la rééducation d'une articulation ou de muscles lésés par un traumatisme ou une pathologie. Son approche est donc locale. Les deux approches peuvent être complémentaires, tout particulièrement lors des traumatismes, mais ce sont des métiers différents.
- ▣ **La chiropraxie** : l'ostéopathie et la chiropraxie sont assez proches. Néanmoins, l'approche de cette dernière est centrée sur l'état de santé de la colonne vertébrale et son impact sur le système nerveux. Le chiropracteur considère que l'ensemble des douleurs est lié à une dysfonction de la colonne vertébrale, et son traitement ne s'effectuera que sur celle-ci.
- ▣ L'ostéopathe doit avoir un exercice exclusif : il ne peut en aucun cas, utiliser des prescriptions de kinésithérapie pour effectuer des consultations d'ostéopathie si sa formation initiale est kinésithérapeute ou faire des feuilles de soins si sa formation initiale est médecin. Sinon, ce sont des fraudes à l'assurance maladie puisque l'ostéopathie n'est pas remboursée par cette dernière.
- ▣ Il doit être capable de vous réorienter le patient si ses tests retrouvent des anomalies sortant de son champ de compétences, si les douleurs persistent sans amélioration malgré plusieurs séances ou si elles s'aggravent.
- ▣ Point de détail important : une séance d'ostéopathie entraîne fréquemment une recrudescence des douleurs pendant quelques jours (3 à 5 jours maximum) ; mieux vaut prévenir les patients...
- ▣ Un des meilleurs critères est le bouche-à-oreille : vos proches, vos patients et votre propre expérience ! Mais tout comme les médecins, un ostéopathe peut être considéré comme bon par un patient et pas par un autre.
- ▣ Un bon praticien doit être capable d'utiliser différents types d'approches pour soigner : techniques crâniennes, de fascias, myotensives ou autre. Ce choix s'effectue en fonction du type de douleur, du patient et des préférences du praticien.

#### Critères de choix d'un ostéopathe

- ▣ L'ostéopathie n'a pas vocation à soigner les maladies organiques (type cancer, infections, fractures ou autre). Il faut donc avoir éliminé une maladie sous-jacente avant de diriger vers un ostéopathe. Cela est très souvent possible en pratiquant seulement un interrogatoire et un examen clinique poussé. Dans le cas contraire, libre à vous de prescrire des examens complémentaires pour éliminer un problème plus grave.
- ▣ Normalement, un ostéopathe traite un problème en une à trois séances. Ceux qui prévoient 15 séances sont à proscrire de votre carnet d'adresses.

J'espère que cela vous sera utile pour vos futurs choix de traitements lorsque nos compétences allopathiques sont dépassées... 😊

**Dr Emilie FRELAT**

# Offre Spéciale INTERNE en MÉDECINE GÉNÉRALE

### VOUS :

NOM de naissance : ..... NOM d'usage : ..... Prénom : ..... Date de naissance ...../...../.....  
 Adresse : .....  
 Code postal ..... Ville ..... Région .....  
 E-mail : ..... Téléphone ..... Fax : .....

### VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE :

Interne en Médecine Générale  Semestre : 1<sup>er</sup> 2<sup>e</sup> 3<sup>e</sup> 4<sup>e</sup> 5<sup>e</sup> 6<sup>e</sup>

### LA FORMULE « Stage IMG » :

Cette formule à tarif privilégié est réservée aux Internes en Médecine Générale tant qu'ils sont effectivement en semestre de stage dans le cadre du DES de Médecine Générale.  
 La cotisation annuelle est sinon appelée à 45 € pour les non-thésés et à 84 € pour les thésés.



Cette formule vous fait bénéficier :

- d'une assurance responsabilité civile professionnelle (RCP) souscrite auprès de la Médicale de France, qui couvre les stages ambulatoires et hospitaliers, mais aussi vos remplacements (avant validation du dernier stage et hors mise en disponibilité, à signaler au 0800.810.300),
- de l'accès au réseau social « Jeune-MG »,
- d'un abonnement à la revue papier « Jeune-MG »,
- de l'accès au site internet du SNJMG, avec module d'évaluation des stages et module de recherche de remplacements,
- d'une assistance syndicale individuelle et d'un soutien à vos projets collectifs,
- d'opportunités de prise de responsabilité au niveau local ou national.

### VOTRE ADHESION :

J'adhère au SNJMG   
 Je règle ma cotisation annuelle de façon étalée par prélèvements automatiques en complétant les autorisations dessous et en joignant un RIB   
 Je règle ma cotisation annuelle ce jour en une seule fois par chèque  ou en espèces   
 Je souhaite souscrire gratuitement, sous réserve d'éligibilité, la RCP « Carte Médicale Plus » de La Médicale de France   
 Je suis volontaire pour participer à la vie du syndicat au niveau local  ou national

Afin de bénéficier d'une déduction fiscale ou d'un crédit d'impôt, vous recevrez chaque année, par tacite reconduction de l'adhésion, le justificatif de votre adhésion.

Fait à ....., le ...../...../.....

**Signature de l'adhérent :**

**SNJMG : 33 avenue Edouard Vaillant 92150 SURESNES – Tél/Fax: 01 47 98 55 94 – Email: info@snjmg.org – Site www.snjmg.org**

## DEMANDE DE PRELEVEMENT

(La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier)

### Demander de prélèvement :

Nom, Prénom : ..... Adresse du débiteur.....

Désignation et adresse de l'établissement teneur du compte : .....

Compte à débiter / \_\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_  
 Banque Guichet N° de compte clé

Date : ...../...../.....

**Signature :**

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération N°80 du 01/04/01980 de la CNIL. Aucune demande de prélèvement automatique ne peut être annulée en cours d'année, jusqu'à la fin de l'échéance d'adhésion en cours.

### AUTORISATION DE PRELEVEMENT

#### Autorisation de prélèvement

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-dessus. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur du compte. Je réglerai le différent directement avec le créancier. Aucune demande de prélèvement automatique ne peut être annulée en cours d'année jusqu'à la fin de l'échéance d'adhésion en cours.

Nom, Prénom : ..... Adresse du débiteur.....

Désignation et adresse de l'établissement teneur du compte : .....

Compte à débiter / \_\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_  
 Banque Guichet N° de compte clé RIB

Date ...../...../.....

**Signature :**

Créancier : SNJMG  
 Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes  
 33 avenue Edouard Vaillant 92150 SURESNES  
 Numéro National Emetteur : 420728

Créancier : SNJMG  
 Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes  
 33 avenue Edouard Vaillant 92150 SURESNES  
 Numéro National Emetteur : 420728

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RIB**





# Fondation Santé Service

Accompagne et soigne à domicile

Fondation reconnue d'utilité publique, Santé Service est le premier acteur de l'hospitalisation à domicile (HAD). Elle gère également un organisme de formation (Santé Service Formation) ainsi que des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Nos équipes pluridisciplinaires (900 salariés) interviennent auprès de plus de 1 300 patients chaque jour, dans le cadre d'une prise en charge coordonnée, à la demande de nos prescripteurs médecins hospitaliers et médecins traitants, et en relation avec de nombreux partenaires territoriaux.

Les prises en charges en HAD concernent notamment les cancers et chimiothérapies, les soins palliatifs, les maladies neurologiques, les maladies cardio-respiratoires, les plaies chroniques ou post-chirurgicales, la néonatalogie...

Médecin hospitalier ou généraliste de ville, vous souhaitez vous investir en HAD sur une activité diversifiée et innovante, inscrire votre action dans un travail en équipes pluridisciplinaires pour contribuer à la mise en œuvre sur le terrain de projets de soins coordonnés entre ville et hôpital.

Merci de nous écrire à : [santeservice-603703@cvmail.com](mailto:santeservice-603703@cvmail.com) ou à : Santé Service - 15, quai de Dion Bouton - 92800 Puteaux (contact 01 46 97 59 81)

## MEDECINS GENERALISTES HOSPITALISATION A DOMICILE

CDI - temps partiel ou complet  
Paris - sud région parisienne



**Magny-les-Hameaux**, située à 12 km de Versailles et 35 km de Paris, appartenant à la communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines (78), et au Parc naturel régional de la Haute Vallée de Chevreuse, recherche

## 2 médecins généralistes en libéral

Gros potentiel. Densité en médecins omnipraticiens : 3 pour 9 274 habitants.

1 cabinet paramédical a ouvert ses portes avec 10 praticiens. Un local de 55 m<sup>2</sup> au loyer avantageux reste disponible pour l'installation de 1 ou 2 médecin(s) généraliste(s) associé(s). Local situé en centre ville, proche de l'hôtel de ville et des commerces. Egalement, depuis peu, vacance d'un cabinet et de sa patientèle sur un quartier à forte densité.

[www.magny-les-hameaux.fr](http://www.magny-les-hameaux.fr) - Rens : 01 39 44 71 71



91640 Briis Sous Forges - Tél. : 01 69 26 30 00  
[www.chbligny.fr](http://www.chbligny.fr)

## MEDECIN H/F

Pour son service de réhabilitation respiratoire  
Spécialiste en pneumologie ou médecine générale

### POSTE :

CDI à temps partiel (5 demi-journées) à compter de Juin 2015. Activité de réhabilitation respiratoire et d'éducation thérapeutique au sein du pôle de pneumologie (48 lits de court séjour, 34 lits de soins de suite, consultations et plateau technique).

### PROFIL RECHERCHE :

Médecin spécialiste en pneumologie, MPR ou médecin généraliste. Professionnel à l'aise dans la communication médecin-malade et le travail en équipe.

Une qualification ou une expérience en éducation thérapeutique est souhaitable (formation possible).

ADRESSER VOTRE CANDIDATURE DE PREFERENCE PAR  
MAIL (CV + LETTRE DE MOTIVATION) A :

Mme Madeleine ROUSSEAU  
Directrice des Ressources Humaines  
[drh@chbligny.fr](mailto:drh@chbligny.fr) - 01 69 26 30 10

Dr Jean-Baptiste MERIC - Directeur Médical  
[jb.meric@chbligny.fr](mailto:jb.meric@chbligny.fr) - 01 69 26 30 02



# RECRUTE MEDECIN(S)

Pour ses établissements :  
CSAPA - ACT (coordination)

### Profil recherché :

Docteur en médecine générale ou spécialisée.  
Capacité en addictologie ou expérience en addictologie  
et réduction des risques souhaitée.

### Postes :

Travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire et en partenariat.  
A pourvoir immédiatement.

### Conditions :

CDI - temps partiels.  
Rémunération selon CC1966.

### Candidatures :

CV + lettre de motivation à adresser à :  
Mme la Directrice ANPAA48  
12, rue du faubourg la vabre - 48 000 MENDE.

## Médecin généraliste recherche associé ou remplaçant Montrésor (37)

Médecin généraliste (43 ans), installée à Montrésor, en Indre-et-Loire, l'un des plus beaux villages de France, cherche associé(e) ou collaborateur, ou remplaçant(e) en raison de surcharge d'activité. Toute proposition est à discuter. L'idéal serait de travailler à 2 à temps partiel. Cela me permettrait d'assurer l'administratif, d'autres activités médicales...

Montrésor est situé dans le Lochois, 20 km de Loches, 60 km de Tours, 60 de Châteauroux, 60 de Blois. Trafic routier très facile. Montrésor est à la limite des départements 41 (près de St Aignan) et 36 (près d'Ecueillé). Autoroute à Sublaines en 25 mn environ.

Cabinet dans village très agréable à vivre, pharmacie sur place (collaboration importante pharmacien-médecin), restaurant, superette, essence, boulangerie-pâtisserie, banque, coiffeur, école, collège, activités sportives...

Secrétariat téléphonique efficace et femme de ménage. Population accueillante. Pathologies diversifiées (pédiatrie, gériatrie, polyopathologies...). étroite collaboration avec spécialistes du canton. Hôpital (urgences, SMUR...) à Loches à 15 minutes et CHRU de TOURS.

*N'hésitez pas à me contacter, toute proposition est bienvenue.*

*Si vous n'êtes pas intéressé, n'hésitez pas à transmettre l'annonce à des personnes susceptibles de l'être.*

Contact : Dr. Elodie Lambert - 23, grande rue - 37460 Montrésor - 06 74 51 62 92 - 02 47 91 96 60

CENTRE

## Commune de SAINT-SULPICE-DE-POMMERAY RECHERCHE MEDECINS GENERALISTES (2 minimum) ET SPECIALISTES

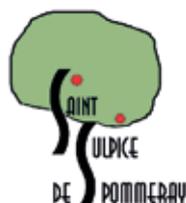
Saint-Sulpice-de-Pommeray compte 1 885 habitants et est située à 4 km de Blois et à 55 km de Tours et Orléans. Elle est l'une des 48 communes qui composent Agglopolys, Communauté d'Agglomération de Blois (110 000 habitants). Le pôle santé sera un bâtiment de 300 m<sup>2</sup>, dont l'ouverture est prévue en juillet 2016. Celui-ci sera composé de 5 cabinets d'environ 26 m<sup>2</sup> chacun, d'une salle de soins, d'un bureau d'accueil pour éventuellement une secrétaire et d'un logement d'appoint.

Nous souhaitons accueillir au moins 2 médecins généralistes. Les 3 autres cabinets pourraient être affectés à des professions médicales ou paramédicales.

Le pôle santé se situe dans un quartier dans lequel tous les professionnels de santé sont rassemblés (pharmacie, dentiste, infirmiers, kinésithérapeute, pédicure-podologue), mais également des commerces et services (supérette, boulangerie, bar-tabac, coiffeuse, bibliothèque municipale).

**A Blois, nous trouvons notamment les services suivants :**

Hôpital • Polyclinique, avec scanner et IRM • Maisons de retraite et maisons de suite et de rééducation.



**Madame Simone GAVEAU - Maire de la Commune - [saint.sulpice.mairie@wanadoo.fr](mailto:saint.sulpice.mairie@wanadoo.fr)**



DEPARTEMENT DE LA SARTHE (72)  
COMMUNAUTE DE COMMUNES DES ALPES MANCELLES

## Recherche médecins généralistes

pour intégrer une maison de santé pluridisciplinaire sur un territoire de 9 000 habitants situé à 15 mn d'Alençon et 40 mn du Mans (autoroute A28 avec échangeur à 10 mn).

Dans un environnement naturel de qualité, Fresnay-sur-Sarthe, sa ville principale, offre toutes les infrastructures nécessaires : écoles maternelle et primaire, collège, commerces, loisirs, centre de loisirs, piscine l'été...

Paysage sanitaire : 3 médecins, 1 dentiste, 8 infirmières, 3 masseurs kinésithérapeutes, 2 podologues, 1 psychologue, 3 pharmacies, 1 EHPAD, 1 foyer logement pour personnes âgées.



Contact : CCAM - Tél. : 02 43 34 34 59 - Mail : [ccam72@wanadoo.fr](mailto:ccam72@wanadoo.fr)  
[www.ccalpesmancelles.fr](http://www.ccalpesmancelles.fr)

PAYS DE LA LOIRE

## Communauté de Communes Meuse-Voie Sacrée Recherche Un Médecin Généraliste pour sa maison médicale située à SOUILLY (55220).

Renseignements complémentaires :

- A 6 km de la gare TGV Meuse (1 heure de Paris).
- A 6 km de l'échangeur de l'autoroute A4.
- Possibilités de logement sur place.
- Un EHPAD de 30 places qui ouvrira au printemps, voisin immédiat de la maison de santé.
- Locaux médicaux neufs et entièrement équipés.
- Proximité d'une pharmacie, d'un kinésithérapeute, d'une infirmière, d'une diététicienne.



1, Route de Senoncourt - 55320 ANCEMONT

Tél. : 03 29 85 73 90 - Fax : 03 29 85 58 07

Courriel : [codecom.meuse.voie.sacree@orange.fr](mailto:codecom.meuse.voie.sacree@orange.fr) - Site : [www.cc-meuse-voie.sacree.fr](http://www.cc-meuse-voie.sacree.fr)

LORRAINE



## L'association Oppelia recherche pour sa structure NAUTILIA, située au Havre, un médecin femme ou homme inscrit à l'Ordre des Médecins

pour remplacement en contrat à durée déterminée à temps plein (CDD).  
CC66 du 1<sup>er</sup> juillet au 4 septembre 2015.

**Nautilia** est constituée d'un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), d'un CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues), d'un service ACT (Appartements de Coordination Thérapeutique) et d'un service prévention-formation. Voir [www.oppelia.fr](http://www.oppelia.fr)

L'équipe « soignante » est composée de professionnels de santé (un médecin, 5 infirmiers, 1 pharmacien), de travailleurs sociaux, de psychologues, d'accueillantes. La prise de fonction sera soutenue par l'ensemble de l'équipe et la direction. Des solutions concernant l'hébergement pourront si besoin être trouvées. Le Havre est une cité balnéaire de 178 000 habitants, inscrite au patrimoine mondial de l'UNESCO et bénéficiant d'une effervescence culturelle y compris l'été. <http://www.lehavre.fr/10-bonnes-raisons-de-vivre-au-havre>

### Description du poste :

- Consultation auprès de patients souffrant de problématiques addictives, prescription et suivi de traitements médicamenteux (dont méthadone), accompagnement de ces patients en équipe pluri-professionnelle, prise en compte des stratégies de « réduction des risques »
- Participation à la réflexion clinique (réunion d'équipe)
- Relations avec les médecins généralistes, les pharmaciens et les services hospitaliers

Prendre contact directement avec la directrice - 06 45 11 24 93 - [pbrachet@oppelia.fr](mailto:pbrachet@oppelia.fr)

[www.oppelia.fr](http://www.oppelia.fr)

Recherche, pour les besoins de son établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes,

## un médecin coordonnateur à 0.5 équivalent temps plein (ETP).

Capacité de l'établissement : 82 résidents, 41 places de Soins Infirmiers à domicile.



**Missions :** coordonner, en prenant appui sur le cadre de santé et les équipes soignantes, la prise en charge médicale et paramédicale des résidents dans le respect des 13 missions du médecin coordonnateur.

**Compétence :** capacité en gériatrie ou engagement de suivre la formation.

Adresser CV et lettre de motivation à l'attention de Madame la Directrice  
EHPAD Le Chant des Rivières - Rue Germeau Baraillon - 23170 Chambon Sur Voueize



## SAINT-ESTÈPHE commune de 1 680 habitants proche de Pauillac cherche trois généralistes (un en urgence pour remplacer un médecin venant de partir à la retraite, deux pour la fin de l'année).

La commune ne comporte que 1 680 habitants mais la patientèle des médecins touche un bassin de vie de 3 000 à 4 000 personnes.

La commune rachète un des cabinets médicaux pouvant recevoir un pool de trois médecins, cabinet accolé à la pharmacie.

La commune se trouve proche d'une clinique dotée d'une unité de chirurgie ambulatoire et d'un service des urgences. La ville voisine Pauillac dispose d'un cabinet de radiologie et d'échographie et d'alentours proches deux maisons de retraite.

Saint-Estèphe se trouve en ZRR (Zone de revitalisation rurale). Impôt sur le revenu : exonération de 100% pendant 5 ans puis exonération dégressive jusqu'à la neuvième année. Pas de taxe professionnelle. Exonération des cotisations sociales sur salaires des employés jusqu'à 1,5 fois le SMIC.

Possibilités de garde le week-end à la clinique mutualiste de Lesparre (Bonne rémunération).

La commune s'engage à faire les efforts nécessaires pour faciliter l'installation durable des praticiens intéressés c'est-à-dire pendant un an la mise à disposition gratuite du cabinet médical, du matériel médical, d'une secrétaire médicale 20 heures par semaine, du matériel informatique et des logiciels qui vont avec et la prise en charge du logement.

Mail : [mairie@maire-saint-estephe.fr](mailto:mairie@maire-saint-estephe.fr) - Tél. : 05 56 59 35 93



La Communauté de Communes Dronne et Belle,  
au cœur du Périgord Vert, à 45 mn de Périgueux et d'Angoulême (TCV).

## Recherche un médecin généraliste

Statut libéral - Pour sa maison de santé pluridisciplinaire à Mareuil-sur-Belle.

Possibilité d'installation en cabinet principal, secondaire ou collaborateur. Aide à l'installation (ZRR).

**Mareuil-sur-Belle :** ses commerces de proximité, ses écoles (maternelle, primaire et collège), sa crèche, ses garderies périscolaires, son centre de loisirs, ses équipements et activités sportives, son EHPAD de 100 lits.

**Rayon géographique de patientèle :** canton de Mareuil, extension sur la Charente et le canton voisin de Verteillac soit 5 000 habitants.

Sont présents sur le territoire, 1 médecin généraliste, 1 dentiste, 1 kiné, 1 cabinet d'infirmières, 1 orthophoniste, des consultations d'ostéopathe, de psychologue et de podologue pédicure, 1 pharmacie.



Contacteur : Mr Jean Paul COUVY  
Tél. : 05 53 05 77 14 - 06 08 31 24 20

## LA MAIRIE D'ENCHASTRAYES RECHERCHE UN MEDECIN GENERALISTE



Enchastrayes est une commune des Alpes de Haute-Provence (04) dans la vallée de l'Ubaye aux portes du Parc du Mercantour. La Commune inclut la station de ski Le Sauze Super-Sauze. Elle est labellisée « Famille Plus » et « Station Verte ». Située à 3 km de Barcelonnette, à 25 km de la frontière italienne (Col de Larche), à 60 km de Gap, à 200 km d'Aix en Provence, 430 habitants y résident en permanence. Les activités touristiques, orientées vers le ski en saison d'hiver, vers la montagne et le tourisme en saison d'été nous amènent autour des 8 000 personnes. La qualité de vie est exceptionnelle, idéale pour une famille avec enfants.

La commune a une école primaire. La commune dispose d'un cabinet médical de 100 m<sup>2</sup> composé d'une salle d'urgence, d'un bureau, d'une salle d'attente et d'une salle radio avec un matériel d'imagerie radiologique, un développeur numérique et un défibrillateur. Une pharmacie se situe à une centaine de mètres du cabinet. Un partage de garde et une collaboration avec le cabinet médical de Barcelonnette peuvent être envisagés.

Nous souhaitons une installation du futur médecin à l'année y compris en dehors des saisons touristiques.

Si vous êtes ce médecin prêt(e) à tenter l'expérience, la Mairie mettra tout en œuvre pour faciliter votre installation (logement, conditions d'exercice...).

**Merci de contacter la Mairie pour de plus amples renseignements au 04 92 81 05 48 ou au 06 30 20 69 02**  
L'adresse de courriel est [mairie.enchastroyes@orange.fr](mailto:mairie.enchastroyes@orange.fr) - Le site internet est [www.enchastroyes.fr](http://www.enchastroyes.fr)



**BTP RMS la Buissonnière**, association à but non lucratif situé à la Talaudière dans le département de la Loire, offre dans le cadre de sa filière Gériatrique une activité sanitaire de 42 lits dont 18 lits de médecine et 24 lits de soins de suite, ainsi qu'une activité médico-social de 102 lits d'EHPAD et 9 lits d'hébergement temporaire. L'établissement recherche dès à présent pour compléter l'équipe médicale **un médecin en CDD** jusqu'au 31/10/2015. Ce médecin sera en charge d'un service de 15 lits de médecine et de soins de suite.

**Contact :** Farid HACINI - Médecin Chef d'Etablissement  
Tél. : 04 77 01 31 99 - [farid.hacini@probt.com](mailto:farid.hacini@probt.com)  
BTP RMS La Buissonnière - 17, rue Jean de la Fontaine - 42350 La Talaudière



Commune de Montreuil aux Lions (Sud 02/nord 77)  
recherche pour son cabinet médical

## MEDECIN GENERALISTE

en urgence pour cause départ en retraite (Sans rachat de clientèle)

Situé à 45 mn de Paris et Reims par A4 ou train, village avec retombées importantes (plus de 6 000 habitants) - 30 à 40 actes par jour. Le cabinet médical le plus proche est à 10 km et les autres cabinets voisins sont saturés et ne prennent plus de nouveaux patients.

Des établissements de santé sont à proximité : hôpitaux de Meaux, Coulommiers, Château Thierry.

Nous proposons la location gratuite du cabinet médical pendant au moins 6 mois selon accord, la possibilité d'aide au secrétariat, le prêt d'un véhicule, la gratuité du logement à discuter, ainsi que l'aide à l'installation.

**Merci d'adresser votre candidature au contact suivant :**  
**par mail : [jf\\_dupuis@hotmail.fr](mailto:jf_dupuis@hotmail.fr) - Tél. : 09 80 63 64 71 - Port. : 06 31 78 79 72**



## RECHERCHE UN MEDECIN GENERALISTE (H/F)

### Commune Montreuil aux Lions 02310 Sud Aisne

80 km - Paris (sortie A4 à 3 km) | 80 km - Reims (A4) - 51 (Marne)  
10 km - La Ferté sous Jouarre - 77 (Seine et Marne) | 20 km - Château Thierry - 02 (Aisne)

• Commune traversée par la D 1003 (ex RN 3) • Fort trafic routier • 1 bar tabac presse  
• 1 restaurant • 2 cabinets d'infirmières • 1 pharmacie • 1 kiné • 1 station-service garage concessionnaire Renault • 1 école 180 enfants • Augmentation continue de la population  
• 2 agences immobilières • 1 binolagerie • 1 épicerie • 1 agence postale communale (ouverture lundi, mardi, jeudi, samedi de 9h à 12h et vendredi de 13h30 à 16h30) • Nombreux artisans et petites entreprises

**Offre de cabinet médical libre au 1<sup>er</sup> mai 2015 sans reprise.**  
Montant des honoraires perçus supérieur à 220 000 euros.  
Fort potentiel de développement.

**Population :** 1 500 habitants. Nombreux villages autour sans médecin.  
Les médecins les plus proches ne prennent plus de nouveaux patients.  
Local pour le cabinet à louer auprès d'ORPI 80, Avenue de Paris à Montreuil aux Lions 03 23 71 38 38

La Mairie est ouverte le lundi, mardi, mercredi, jeudi, samedi de 9 heures à 12 heures et le vendredi de 13 heures 30 à 16 heures 30. En dehors des heures d'ouvertures le secrétariat de mairie reste disponible.

**Vous pouvez contacter le secrétariat de Mairie - par téléphone au 03 23 70 40 63 - par fax au 03 23 70 36 62 - par mail : [montreuilaulions@orange.fr](mailto:montreuilaulions@orange.fr)**



Commune de Miniac-Morvan Département d'Ille-et-Vilaine (35)

6 mois de location offerte

La Commune de Miniac-Morvan

## Recherche des médecins pour sa nouvelle maison médicale

La maison médicale est située au centre bourg de cette commune de 4 000 habitants, située à 10 min de Saint-Malo et jouxtant plusieurs autres communes.

**Vous êtes médecin généraliste ou spécialiste, adressez votre candidature à l'attention de M. Le Maire  
Mairie de Miniac-Morvan - maire@mairie-miniac-morvan.fr - Tél. : 02 99 58 51 77**



### MAISON DE SANTE RECHERCHE MEDECIN GENERALISTE ENVIRONNEMENT MEDICAL FAVORABLE

Luitré située à 10 mn de Fougères et à 50 mn de Rennes propose un local neuf, fonctionnel et spacieux pour l'exercice de la médecine générale.

Environnement médical favorable au sein d'une équipe dynamique composée de :  
5 infirmières libérales, une ostéopathe, un kinésithérapeute, pharmacie, MARPA - 25 lits

**Conditions financières :** Loyer modéré • Facilité d'installation • Possibilité de loger sur place.

Ecole maternelle et primaire sur place. Collège et lycée à 10 km.

Réseau associatif riche de nombreuses associations sportives/culturelles et de loisirs.

**Contact :**

**MAIRIE DE LUITRE** - Tél. : 02 99 97 91 26 - Email : [mairie.luitre@orange.fr](mailto:mairie.luitre@orange.fr)

Site internet : [www.luitre.fr](http://www.luitre.fr)



CENTRE HOSPITALIER  
DES PAYS DE MORLAIX

### LE CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX (29)

Etablissement de 1 043 lits et 241 places avec des activités MCO-Psychiatrie-SSR-USLD-EPHAD recherche afin de compléter l'équipe médicale de son Pôle de Psychiatrie/Addictologie :

#### UN MEDECIN GENERALISTE

#### PRATICIEN HOSPITALIER OU PRATICIEN CONTRACTUEL TEMPS PLEIN

Le Pôle de Psychiatrie/Addictologie (274 lits + 50 lits USLD, 187 places) comprend 3 secteurs de psychiatrie adulte, un intersecteur de pédopsychiatrie, un intersecteur d'addictologie, une fédération intersectorielle de 50 lits de géronto-psychiatrie, ainsi que 5 services spécialisés à recrutement intersectoriel : gérontopsychiatrie, hospitalo-requérants, UPEC/Liaison, centre de réhabilitation et de réinsertion pour patients souffrant de schizophrénie, unité pour patients autistes adultes et souffrant de déficiences psychomotrices sévères (18 psychiatres, 5 médecins généralistes dont un gériatre et un addictologue).

Chaque secteur de psychiatrie adulte est doté de 2 services d'admission, d'un service intersectoriel, de structures extrahospitalières développées (HJ, CMP, CATT) et d'une équipe mobile d'accompagnement à domicile.

Le poste à pourvoir le 1<sup>er</sup> juillet 2015 concernera la fédération intersectorielle de 50 lits de géronto-psychiatrie An Haleb (USLD à orientation psychiatrique) et le Centre Handicapés Adultes Roz Avel d'une capacité de 28 lits.

Région très accueillante, qualité de vie incomparable (bord de mer, vie culturelle, associative, artistique développée, à moins de 4 heures de Paris en TGV, 2 heures de Rennes, 30 minutes de Brest).

**Vous pouvez faire parvenir vos candidatures à la Direction des Affaires Médicales :**

Centre Hospitalier des Pays de Morlaix - 15, rue de Kersaint Gilly - 29672 MORLAIX - Tél. : 02 98 62 69 11 - Courriel : [azarrella@ch-morlaix.fr](mailto:azarrella@ch-morlaix.fr)

UNICANCER



LE CENTRE FRANÇOIS BACLESSE, l'un des plus importants Centres de Lutte Contre le Cancer de France, ESPIC, 890 salariés dont 85 praticiens et chercheurs, 220 lits, file active de 6 700 nouveaux patients, situé à Caen, recherche

## un médecin généraliste plein temps h/f, CDI, à partir de septembre 2015

**Votre mission :**

- Activité au sein d'une unité d'hospitalisation conventionnelle d'oncologie médicale :
- Prise en charge des patients nécessitant une hospitalisation en dehors des traitements spécifiques du cancer : prise en charge initiale, gestion des complications liés au traitement, prise en charge de la douleur, prise en charge palliative.
- Responsabilité de l'organisation de l'unité d'hospitalisation conventionnelle avec encadrement des internes et externes.
- Visites de service en partenariat avec les oncologues médicaux.
- Activité transversale au sein de l'établissement.

Pour tout renseignement vous pouvez contacter le Professeur Joly - [fjoly@baclesse.unicancer.fr](mailto:fjoly@baclesse.unicancer.fr) ou le Docteur Galais - [mp.galais@baclesse.unicancer.fr](mailto:mp.galais@baclesse.unicancer.fr)

Pour postuler, merci d'adresser votre CV et lettre de motivation au Directeur Général du Centre François Baclesse - 3, Avenue Général Harris - 14076 Caen Cedex direction.cfb@baclesse.fr



# 2 MEDECINS GENERALISTES

**La commune de PAVIE recherche un à deux médecins pour reprendre un fort cabinet médical libéré brutalement par son titulaire.**

**PAVIE** est une commune paisible de Gascogne, comptant une population croissante de 2 500 habitants, située dans l'agglomération d'AUCH (33 000 habitants), drainant l'activité d'un bassin de vie de 6 000 habitants. La ville d'AUCH se situe à 5 km, la capitale régionale, Toulouse, à 1 h de voiture.

Le tissu médical comprend 1 pharmacie, 2 cabinets dentaires, 2 cabinets d'infirmières, un cabinet de kiné et un ostéopathe. La commune s'est engagée dans un programme visant à rassembler toutes ces professions dans un pôle de santé. Le Centre Hospitalier d'AUCH est à 2 km.

Les astreintes nocturnes et de week-end sont organisées au niveau de l'agglomération et sont donc très allégées (moins d'un week-end par an).

Crèche, école maternelle, école élémentaire, centre aéré, lycée agricole, école des métiers, médiathèque, toutes activités sportives, culturelles et associatives.

**Contacts : Mairie de PAVIE - 05 62 05 25 46 - [accueil@mairie-pavie.fr](mailto:accueil@mairie-pavie.fr) - Site internet : [www.pavie.fr](http://www.pavie.fr)**

**M. le Maire de PAVIE - Jean GAILLARD - 06 74 06 39 22**

Océan : 200 km – Pyrénées : 100 km.

### L'établissement/L'entreprise

La Clinique de la Miotte de Belfort (groupe DRACY SANTE depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2014) possède une capacité de 145 lits et places, assurant une offre de proximité en chirurgie orthopédique, vasculaire, viscérale, urologique et ORL ainsi qu'en gastroentérologie, l'établissement s'appuie sur un plateau technique performant (7 blocs + endoscopie, 2 SSPI, Unité de Soins Continus, imagerie et scanner, autorisations de cancer en chirurgie urologique et digestive).

Avec plus 10 000 patients hospitalisés par an, la clinique assure aux habitants du bassin de Belfort-Montbéliard, une part considérable des actes chirurgicaux dans des spécialités reconnues.

### Le poste

L'hôpital privé de La Miotte, situé à Belfort (90) recherche pour son service de soins de suite polyvalents, 50 lits,

## un médecin généraliste de soins de suite polyvalents H/F (temps plein - temps partiel)

Venez rejoindre une équipe pluridisciplinaire en médecine de soins de suite polyvalents.

### Le profil

Vous disposez de préférence d'une expérience dans ce domaine, ainsi qu'en rééducation fonctionnelle. Une expérience en gériatrie ou médecine interne sera la bienvenue.

Contact : Patrick Charlot - Directeur - Clinique de La Miotte - 15, avenue de La Miotte - CS 30109 - 90002 Belfort Cedex

## La commune de Saint-Florentin (Yonne) recherche des médecins généralistes



Saint-Florentin - Yonne - Bourgogne - Ville de 5 000 habitants - A 30 km d'Auxerre et Chablis, 50 km de Troyes et 1h30 de Paris - Desservie par le réseau TER. La commune est agréable à vivre grâce à sa proximité avec les centres urbains et à son riche cadre naturel. En limite de Champagne, accrochée au flanc d'un coteau, blottie entre les forêts d'Ôthe et de Pontigny, Saint-Florentin apparaît dans un écrin de verdure, bordée par les rivières Armançon et Armançe et le Canal de Bourgogne.

Saint-Florentin bénéficie également de la présence de commerces et d'industries. Elle compte de nombreux services publics dont 5 écoles élémentaires, un collège, une crèche et deux maisons de retraite. Mais aussi un laboratoire d'analyses médicales, 3 pharmacies, des infirmières libérales, des praticiens spécialisés. C'est une ville dynamique, animée par 80 associations et une forte volonté de développement économique et touristique.

Saint-Florentin recherche aujourd'hui des médecins généralistes pour compléter l'offre de personnel de santé présent sur le bassin de vie d'environ 20 000 habitants.

Locaux disponibles et aménagés dans un cabinet médical.

Faible loyer : 400 euros mensuels (3 mois gratuits).

Convention d'occupation : 3 ans.

Objectif : création d'une maison médicale.

Fort potentiel d'activité.

Cadre de vie agréable.

S'adresser à : Monsieur le Maire YVES DELOT  
Adresse : BP 165 - 89600 SAINT-FLORENTIN  
Tél. : 06 08 31 26 47  
Courriel : [secretariat@ville-saintflorentin.fr](mailto:secretariat@ville-saintflorentin.fr)  
[www.saint-florentin.fr](http://www.saint-florentin.fr)



Le Canton de Montigny-sur-Aube, en Côte-d'Or, à la limite des départements de l'Aube et de la Haute-Marne, recherche h/f

# un médecin généraliste

**Pour remplacer 2 médecins dont l'un est décédé et l'autre a été appelé à de nouvelles fonctions.**

Le nombre de patients connus par les médecins actuels est d'environ 2 500.

Des connaissances en ostéopathie peuvent être utilement valorisées.

Le canton est situé à l'orée du onzième parc national français, dédié à la forêt de feuillus, en cours d'appellation. La relation homme-nature-bien être-santé sera un des thèmes majeurs de développement durable pour accroître la population et la fréquentation touristique du secteur.

Montigny a un château, monument historique, et des jardins/potagers ouverts au public toute l'année et dont le rayonnement et la fréquentation vont grandissants. D'autres projets majeurs sont en cours.

Le canton est facilement accessible : situé à 19 km de la sortie 23 de l'autoroute A5 et à 40 minutes de la gare de Montbard reliée à Paris par TGV en 1h.

Le logement et le cabinet médical mitoyen, propriété de la commune, situés à 100 m de la pharmacie et des commerçants et bâtiments publics du village (boulangerie/pâtisserie, traiteur/boucherie, école communale, gendarmerie, agence postale et superette à 800 m, etc) comprend notamment 6 chambres.

Des possibilités de loisirs, pêche, chasse, randonnées pédestres/VTT entre autres, existent localement.

Ce poste peut parfaitement convenir à un jeune médecin à la recherche d'un lieu d'installation ou à un médecin plus âgé aspirant à s'éloigner des nuisances de l'environnement urbain.

**Date souhaitée d'arrivée :** dès que possible.

**Pour plus d'information, pour tout renseignement, contacter la mairie de Montigny : [mairie.montigny-sur-aube@orange.fr](mailto:mairie.montigny-sur-aube@orange.fr) ou 03 80 93 52 98 ou 06 74 41 56 10**

La ville de Bourbonne-les-Bains recherche

# des médecins généralistes

en raison de plusieurs départs en retraite et d'un décès brutal.

Plusieurs possibilités d'installation : exercice libéral, seul ou associé, en cabinet indépendant (dans hôtel particulier face aux thermes ou autres cabinets en centre ville, dans le quartier thermal) ou en maison pluridisciplinaire.

Bourbonne-les-Bains est une ville thermale et touristique de 2 250 habitants, située à mi-chemin entre Dijon et Nancy, accueillant environ 8 000 curistes par an dont l'indication thérapeutique est la rhumatologie, la traumatologie et les voies respiratoires. La zone de patientèle est estimée à 5 500 habitants (nombreux villages dans un rayon de 14 km).

Bourbonne-les-Bains est un écrin de verdure qui offre un cadre de vie paisible où il fait bon vivre en toute saison et y élever ses enfants (de nombreuses associations proposent des activités diverses et variées).



Contact : Mairie de Bourbonne-les-Bains - 03 25 90 14 80  
Bourbonne est en Zone R.R