

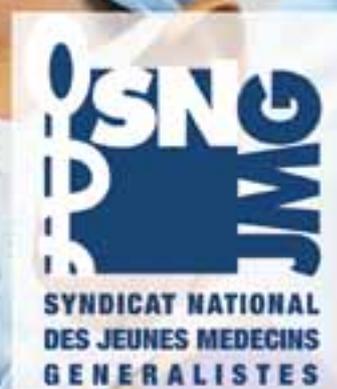
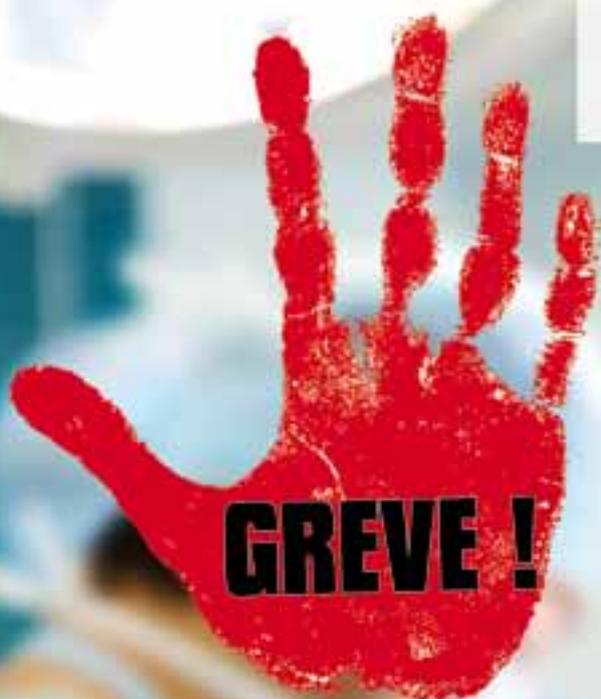
JEUNE MG

Le Bulletin des Jeunes Médecins Généralistes | N°06 - Avril 2013



Dossier Spécial

Grèves de l'automne 2012



■ ACTUALITES

- Les internes de « l'ancien régime » peinent pour la validation de leur 3^{ème} cycle
- Retour sur les grèves de 2012 - Les clés pour mieux comprendre

■ VIE PROFESSIONNELLE

- Le Palmarès Prescrire 2012 et les médicaments posant problème en Médecine Générale
- Les Anajmg d'octobre 2012 : quelques mots avant le bilan
- Rencontre avec le Dr Borée
- Fuir avant la catastrophe

■ PERSPECTIVES

- Passage de relai au bureau du SNJMG

SOMMAIRE

SOMMAIRE

- **EDITORIAL**P 05
- **ACTUALITES**P 06/21
- Université - Internat**
Les internes de « l'ancien régime » peinent pour la validation de leur 3^{ème} cycle.
- **Dossier spécial :**
Retour sur les grèves de 2012 - Les clés pour mieux comprendre
- **VIE PROFESSIONNELLE**P 22/45
- Thérapeutique**
Le Palmarès Prescrire 2012 et les médicaments posant problème en Médecine Générale
- Enseignement – Formation :**
Les Anajmg d'octobre 2012 : quelques mots avant le bilan
- Correspondances – Discussions :**
Rencontre avec le Dr Borée
Fuir avant la catastrophe
- **PERSPECTIVES**P 46/47
- Dynamique syndicale et communiqués de Presse :**
Passage de relai au bureau du SNJMG
- **ANNONCES RECRUTEMENT**P 51/57

Directrice de publication et rédactrice en chef :

Marine Crest-Guilly

N°ISSN : 1243-3403

N° de commission paritaire : 74148

Régie publicitaire :

Macéo édition, M. Kamel TABTAB, Directeur

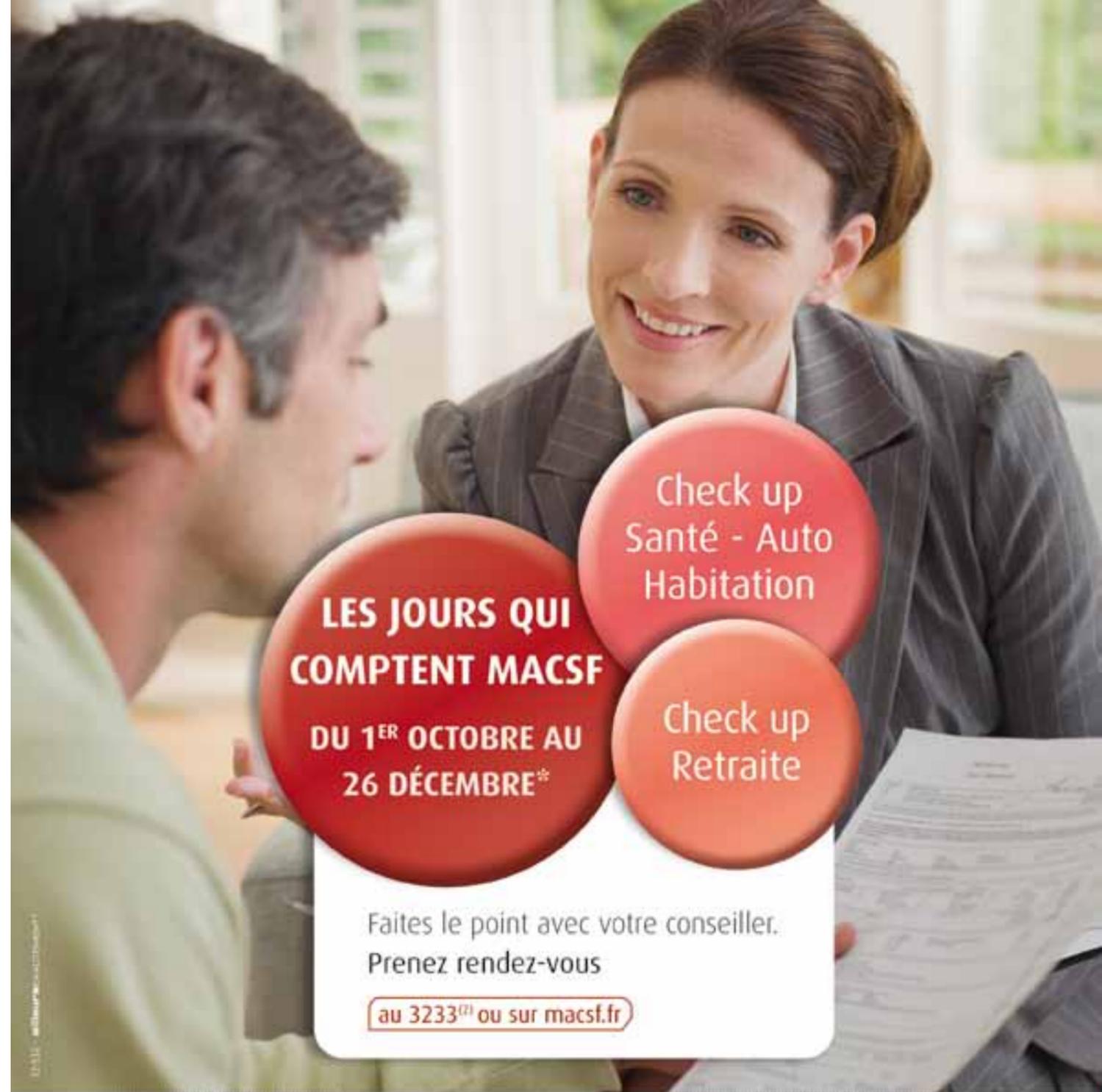
Tél : 01 53 09 90 05 - 11, bd Ornano - 75018 Paris

maceoeditions@gmail.com - www.reseauprosante.fr

Imprimé à 1600 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.



N° 06



Notre engagement, c'est vous.

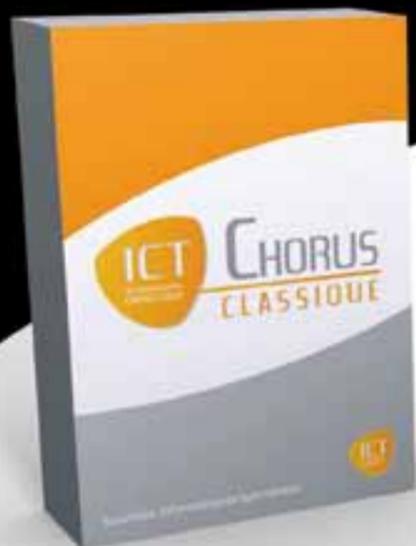


(1) 26/12/2012 date limite de réception au siège de la MACSF Espagne retraite. (2) Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'évolution du tarif. MACSF Espagne retraite - Société Anonyme d'Assurances 100 % en régie par le Code des assurances, au capital social de 54 717 808 €, entièrement libéré - enregistrée au RCS de Nanterre sous le N° 403 071 095 - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valley - 92100 Puteaux. MACSF assurances - SIEN n° 775 662 631 - Société d'Assurances Mutuelle - Entreprise régie par le Code des Assurances, MACSF Financement - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 3 000 000 € - Enregistrée au RCS de Nanterre sous le n° 343 171 822 00030. MACSF prévoyance - SIEN n° 714 702 375 - Société d'Assurance Mutuelle - Entreprise régie par le Code des Assurances. MPP - Mutuelle Française des Professionnels de Santé - N° enregistrée au RCS 315 243 097 - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité. AMAP - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valley - 92000 PUTEAUX Association Médicale d'Assurance et de Prévoyance - 11 rue Brunel - 75417 PARIS.

www.macsf.fr

Vous êtes... Médecin Généraliste

Découvrez



Les points forts de CHORUS Classique® ...

Gestion complète du dossier patient. Vaccins, Alarmes, Planning, Antécédents, Allergies, Planches Anatomiques, Examens...

Gestion des consultations par type (masques)

Gestion des consultations par spécialités

(Pédiatre – phlébologue -Chirurgien - Dermatologue - Gynécologue - Cardiologue- Pneumologue - Urologue – ORL – et en plus mésothérapie – phytothérapie – osteo....)

Rédaction des courriers à partir d'open office ou Word, Certificats, Comptes Rendus Opératoires, courriers types...

Gestion des ordonnances Types et Chroniques

Interaction des médicaments, contre indication, pathologies en cours, allergie. Recherche des génériques, aide à la prescription...

Gestion H'net de réception des résultats de laboratoires

Teletransmission des FSE en gestion classique ou Tiers payant (suivi et reour noémie) ; CCAM et parcours de soins



Solutions Informatiques Spécialisées

www.group-ict.com

ÉDITO

EDITORIAL

Jeune-MG, un état d'esprit



Un titre n'est jamais choisi au hasard.

Si vous êtes en train de parcourir cet éditorial, c'est que ce titre, « Jeune-MG », vous concerne, vous interpelle.

Pourtant vous vous demandez peut-être : quel âge faut-il bien avoir pour être « Jeune MG » ? Quel statut (étudiant en médecine, interne, remplaçant, installé...) ?

Où se situe la limite ? Vous pensez alors à ces médecins généralistes engagés, tantôt enthousiastes, tantôt révoltés, qui ont fait progresser la Médecine Générale sur les chemins de la qualité professionnelle et de la reconnaissance universitaire au cours des trente dernières années.

A contrario, vous connaissez sans doute quelques jeunes gens désabusés pour qui la médecine est avant tout une affaire de carrière, pour qui le népotisme hospitalo-universitaire et les compromissions avantageuses avec les lobbies industriels ne posent pas problème, pour qui la dévalorisation de la Médecine Générale par rapport aux autres spécialités et la hiérarchisation symbolique des médecins à travers des secteurs conventionnels différents ne posent pas question.

Il semble donc bien que la « jeunesse » ne tienne pas seulement au critère de l'état civil, mais bien plutôt à la conscience ou non de la métamorphose en cours de notre profession.

Fille prodigue de la médecine holistique d'Hippocrate, c'est en effet bien une nouvelle Médecine Générale qui est en train de se construire aujourd'hui. Malgré les embûches, les obstacles et les préjugés, sa voix commence à être entendue.

La vocation de notre revue est d'illustrer, de promouvoir et de défendre cette nouvelle pousse printanière de la Médecine Générale, si belle, si fragile, si *jeune*...

Dr Théo Combes,
Président du SNJMG



UNIVERSITÉ – INTERNAT

Les internes de « l'ancien régime » peinent pour la validation de leur 3^{ème} cycle suite à la modification de l'organisation du TCEM



Des internes en médecine générale ne peuvent plus s'inscrire à la faculté de médecine et par conséquent ne peuvent ni soutenir la thèse de docteur en médecine ni continuer d'exercer leurs fonctions d'interne à l'hôpital.



Les dispositions réglementaires du code de la santé publique relatives au statut des internes régissent les études médicales avec le décret n° 2004-64 du 16 janvier 2004.

Elles ont été modifiées à plusieurs reprises depuis l'institution de l'ECN en 2004 et l'accession de la médecine générale au rang de spécialité médicale.

Auparavant, la dernière modification de l'internat datait de 1999, il n'y avait pas de limite d'inscription en 3^{ème} cycle et un semestre non validé entraînait une année d'inscription supplémentaire

Les décrets n° 2010-700 du 25 juin 2010 et n° 2011-954 du 10 août 2011 art. 16 limitent désormais et cela depuis leur publication, le nombre d'inscriptions en 3^{ème} cycle des études médicales et ce que l'on soit encore internes ou remplaçants non thésés :

« Nul ne peut poursuivre le troisième cycle des études médicales dès lors qu'il n'a pas validé ses semestres de formation dans un délai correspondant à deux fois la durée de la maquette de formation suivie, et ce qu'il s'agisse d'une formation dans le cadre d'un diplôme d'études spécialisées ou d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires. Toutefois, une dérogation exceptionnelle, en raison de la situation particulière de l'interne, peut être accordée par le président de l'université après avis du directeur d'unité de formation et de recherche ».

Que l'on soit encore internes ou déjà remplaçants, le problème se pose puisque la soutenance de la thèse est soumise à l'inscription à la faculté.

Si l'on n'est pas inscrits en DESC de type 1 d'une durée de 2 ans dont 1 pendant le DES, la limite d'inscription est de 6 ans (2 fois les

3 ans du DES de médecine générale) thèse comprise.

Il suffit donc d'une interruption pendant ou après les semestres d'internat : grossesse, congé parental, arrêts maladie, motifs personnels ou remplacements pour que la faculté refuse l'inscription d'où l'impossibilité de soutenir la thèse ou de poursuivre les semestres d'internat car le statut d'interne est soumis à celui d'étudiant en médecine.

Il faut souligner que même en cas d'interruption pendant le 3^{ème} cycle, l'inscription à la faculté est obligatoire.

Les modifications des décrets passent inaperçues car même si elles sont publiées au J.O. et visibles sur Legifrance, les facultés ne les communiquent pas aux intéressés.

Quant à la dérogation exceptionnelle par le président de l'université elle n'est pas accordée en raison de la longueur des études.

Pour ceux qui se voient refuser l'inscription à la faculté de leur CHU d'affectation, il ne reste que l'expatriation pour terminer le 3^{ème} cycle dans les pays reconnaissant le 2^{ème} cycle français (Union Européenne, Suisse).

Ces mesures restrictives semblent viser tout particulièrement les futurs médecins généralistes et plus facilement les femmes.

Les autres spécialités sont moins concernées du fait de la longueur de la maquette, 4 ou 5 ans et du DESC, 3 ans, multipliée par 2.

À l'heure où l'on déplore le manque de médecins et les déserts médicaux, on peut s'interroger sur la finalité et la pertinence de ces modifications statutaires qui empêchent des internes en médecine d'accéder à l'exercice

professionnel après des études très longues, financées en grande partie par la collectivité.

Ce même décret du 10 août 2011 interdisait également l'accès à l'ECN aux étudiants ayant échoué 2 fois à la première année en France et ayant poursuivi les études dans un autre pays de l'UE :

« Nul ne peut se présenter aux épreuves donnant accès au 3^{ème} cycle des études médicales s'il a épuisé les possibilités d'être admis à suivre des études médicales en France () et à les poursuivre en application de la réglementation relative aux 1^{er} et 2^{ème} cycle des études médicales ».

La CLUJ, association qui a pour objet de défendre les intérêts des d'étudiants francophones d'une université roumaine, a déposé une requête au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat demandant l'annulation par excès de pouvoir des passages du décret prévoyant l'interdiction de se présenter à l'ECN après 2 échecs en P1 même après une formation à l'étranger .

Le Conseil d'Etat a considéré qu'elle justifiait d'un intérêt lui donnant qualité pour agir et a annulé cet article du décret par la décision n° 353300 et n° 353350 du 23 janvier 2013.

(Source : www.droit-medical.com - rubrique Actualités , Jurisprudence)



Par rapport au décret litigieux, le Conseil d'Etat évoque « un intérêt général lié à la politique de santé publique », qui pourrait également s'appliquer à ce décret qui contraint les internes à l'expatriation et qui au final diminue le nombre de médecins installés en France.

Ida Marina Lanzi

DOSSIER SPÉCIAL

Retour sur les grèves de 2012 : pour mieux comprendre

■ La grève des médecins libéraux concernant les dépassements d'honoraires (novembre 2012)

Octobre 2012, à l'occasion des négociations conventionnelles sur le secteur 2, un mouvement voit le jour sur Internet en reprenant le principe des « entrepreneurs pigeons ».

Ce mouvement aboutira à la création d'une association hors syndicats médicaux traditionnels et à un mouvement de grève des soins concomitant à la grève des internes (à compter du 12 novembre 2012).

Quels sont les intervenants ?

Organisations ayant appelé à la grève :

LE BLOC : Syndicat représentant les chirurgiens, anesthésistes et gynécologues obstétriciens (syndicat représentatif des médecins spécialistes à plateau techniques lourds).

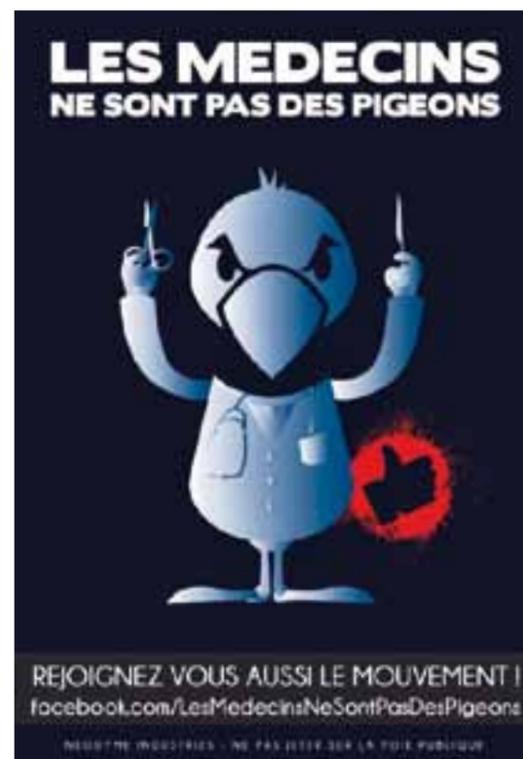
FMF : Fédération des Médecins de France (syndicat représentatif pour les médecins généralistes et les autres spécialités).

SNORL : Syndicat National des ORL (syndicat d'ORL non représentatif).

LES MEDECINS NE SONT PAS DES PIGEONS : Groupe Facebook créé sur le modèle de la fronde des jeunes entrepreneurs de septembre 2012, pour s'opposer à l'encadrement des dépassements d'honoraires. Les médecins pigeons sont depuis constitués en association, l'UFML (Union Française pour une Médecine Libre).

Organisations n'ayant pas appelé à la grève :

CSMF : Confédération Syndicale des Médecins de France (principal syndicat senior polycatégoriel, représentatif pour les trois collèges de médecins).



MG FRANCE : Fédération des Médecins Généraliste de France (principal syndicat de médecins généralistes et donc représentatif pour les seuls médecins généralistes).

SML : Syndicat des Médecins Libéraux (syndicat représentatif pour les médecins généralistes et des autres spécialités).

SMG : Syndicat des Médecins Généralistes (syndicat non représentatif de médecins généralistes).

SNJMG : Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (syndicat non représentatif de médecins généralistes).

Quels sont les positionnements ?

Les grévistes :



Le groupe « les médecins ne sont pas des pigeons » a été créé sur Facebook le 07 octobre 2012 par le Dr Letertre, chirurgien plasticien, contre toute

modification du secteur 2 et contre l'application de la TVA en chirurgie esthétique depuis le 1^{er} octobre 2012. Très vite relayé par l'UCDF (organisation de chirurgiens, membre du BLOC), le groupe s'est développé autour de la défense du secteur 2 alors que se déroulaient des négociations conventionnelles sur les dépassements d'honoraires.

Ces négociations se terminent fin octobre avec la signature de l'avenant 8 à la convention médicale 2011. Les médecins du groupe Facebook s'organisent sous la forme d'une association (l'Union Française pour une Médecine Libre - UFML) présidée par le Dr Jérôme Marty (ce médecin généraliste secteur 1, ancien membre de la CSMF, est directeur d'un centre SSR) qui milite pour l'annulation de l'avenant.

L'UFML est rejointe sur cette revendication par le BLOC et la FMF, deux syndicats médicaux représentatifs qui ont refusé de signer l'Avenant 8.

Les trois organisations appellent à une grève unitaire de tous les médecins à compter du

12 novembre 2012 (et à une manifestation parisienne le 14 novembre) avec comme revendications : la défense du secteur 2 (et la contestation de l'encadrement des honoraires) et l'opposition à la montée en puissance des organismes complémentaires, englobés sous le vocable : « les mutuelles » (NB : paradoxe de la situation, nombre de médecins de l'UFML prônent la fin du monopole de l'Assurance Maladie et sa mise en concurrence avec des assurances privées).

Le 12 novembre 2012 est également le premier jour de la grève illimitée des internes : le Dr Cuq, président du BLOC, vient apporter son soutien à la manifestation parisienne organisée par l'ISNIH et explique aux journalistes que l'Avenant 8 a été fait au bénéfice des médecins généralistes et qu'il ne tient pas compte des chirurgiens.

Après la publication du sondage d'opinion (BVA pour Les Echos) défavorable au mouvement de grève des médecins libéraux, le BLOC lance le 16 novembre 2012 un appel à la poursuite du mouvement sous une autre forme que la grève (ex : procédures judiciaires en vue d'annuler l'avenant 8). De plus, le BLOC, la FMF et l'UFML appellent à soutenir une manifestation d'internes organisée par la FNSIP, l'ISNCCA et l'ISNIH le 20 novembre 2012 à Paris.

Le 19 novembre 2012, l'UFML lance un mailing auprès des médecins libéraux en exposant les revendications suivantes :

- « Mise à niveau de la consultation avec la moyenne européenne », soit 40 euros. Nous devons nous réveiller et demander une juste revalorisation qui permettra d'inciter nos jeunes confrères à venir s'installer en libéral. Nous avons demandé l'avis d'un

médecin économiste de la santé Frédéric Bizard qui nous a confirmé la légitimité de cette revalorisation à 40 euros.

- « **Lutte contre les réseaux de soins des mutuelles** », proposition de loi de députés socialistes, qui signent la fin de la médecine libérale, du libre choix du médecin par son patient et de notre indépendance. Les mutuelles ont non seulement 25 % de frais de fonctionnement selon un rapport de la cour des comptes (5 % pour la sécu) mais elles viennent de bénéficier de l'absence de publication de leurs chiffres jusqu'en 2014 par Marisol Touraine (*MST pour les intimes*).

Après une manifestation commune avec l'ISNIH, l'INSCCA et la FNSIP le 20 novembre, l'UFML organise, avec le BLOC et la FMF, une ultime manifestation à Paris le 02 décembre 2012, puis une action médiatique (avec Dromadaire) le 13 décembre 2012 en marge du discours de Mme Marisol Touraine sur les déserts médicaux.

Depuis, l'UFML se concentre sur la structuration de son organisation et dans une opération d'entrisme visant la CSMF et le SML mais aussi la FMF et répondant à l'appellation « SyndicAction ». Par cette opération, l'UFML souhaite que la CSMF et le SML retirent leur signature de l'avenant 8 puis décident de fusionner avec la FMF pour donner naissance à un puissant syndicat polycatégoriel.

Les non grévistes :

Il y a deux groupes :

Les partisans de l'Avenant 8 à la convention 2011 :

Ce sont bien sûr les signataires de l'avenant : CSMF, MGFrance et SML.

Les déçus/mécontents de l'avenant 8 à la convention 2011 :

1) Le SMG

L'UMP l'a rêvé, le PS l'a fait ! (Communiqué de presse du 24.10.12) :

Ainsi donc, un accord est trouvé entre les médecins spécialistes d'organes et la Caisse nationale d'assurance maladie. Il entérine une médecine à deux vitesses.

Le gouvernement capitule et accepte un prix de consultation et d'actes (interventions...) chez les spécialistes de secteur 2 (40 % des spécialistes) à 2,5 fois la base du tarif remboursable (pour une consultation : 70€ au lieu de 28€). Pour faire croire que c'est un accord de progrès, la CNAM propose un « contrat d'accès aux soins » pour les médecins qui, en échange d'une prise en charge de leurs cotisations sociales, accepteraient de ne pas faire de dépassement pour les bénéficiaires de « l'accès à la complémentaire santé » et de ne faire payer que le double du prix des actes aux autres !!!!

Les consultations, au-delà de 70€, ne seront considérées comme abusives que si elles sont répétitives. De plus, de nombreux critères spécifiques sont prévus pour analyser le caractère abusif. De toute façon, ce sont les médecins qui jugeront les autres médecins, au sein d'une procédure si compliquée que l'on peut, sans risque, parier aujourd'hui que les sanctions ne tomberont qu'aux calendes grecques.

Et pour arracher l'accord des médecins généralistes, ceux-ci auront des clopinettes et un « forfait médecin traitant » de 5€. On n'est même pas à la hauteur du « forfait médecin référent » qui avait été supprimé sous la droite,

sous la pression des syndicats de spécialistes, alors qu'il réalisait un autre mode de rémunération des médecins (théoriquement étranger à ces négociations mais omniprésent en pratique). Et une mesure urgente pour reconnaître le rôle de coordination et de prévention des médecins de premier recours.



Cet accord est un affront aux valeurs de la médecine. Le gouvernement se gargarise avec le mot justice, mais il accepte un accord qui confirme un système qui réalise l'exclusion des soins. Il a tout fait pour que le débat ne sorte pas du huis clos entre médecins, direction de l'assurance maladie et complémentaires santé. A quoi et à qui sert alors d'avoir une majorité parlementaire de gauche ?

Nous exigeons que la question des dépassements d'honoraires fasse l'objet d'un débat public.

2) Le SNJMG

Un accord « a minima » pour les dépassements d'honoraires et sans ambition valable pour les médecins généralistes (Communiqué de presse du 24.10.12).

Malgré les critiques sur les modalités de discussions émises la semaine dernière par le SNJMG (et partagées par la plupart des autres syndicats médicaux), les négociations conventionnelles ont repris lundi soir pour une ultime séance.

Toutes les conditions étaient donc réunies pour que cette séance confine à une mascarade que le SNJMG ne pouvait pas cautionner.

Selon un scénario cousu de fil blanc, il y eu donc d'interminables palabres tout au long de la nuit émaillées de quelques claquements de portes et une fois de plus, les négociations en salle n'ont servies qu'à officialiser les discussions parallèles en tête-à-tête dans les cou-

loirs entre quelques négociateurs ou au téléphone avec le ministère de la Santé (théoriquement étranger à ces négociations mais omniprésent en pratique). Et après 20 heures de discussions, la Sécurité Sociale et 4 des 5 syndicats médicaux annoncent mardi après-midi la signature d'un relevé de conclusion, préalable à un futur accord.

Ce texte pérennise le secteur 2 (et le privilège des chefs de clinique d'y accéder) alors que depuis sa création, le secteur 2 empoisonne le système de soins ambulatoire et bloque toute évolution pour la grande majorité des médecins : les médecins en secteur 1.

C'est un projet « a minima » pour l'encadrement des dépassements d'honoraires avec un système de contrôle digne d'une usine à gaz.

C'est un texte qui n'affiche aucune ambition pour les médecins en secteur 1 et qui tente de séduire les médecins généralistes avec un forfait Médecin Traitant de 5 euros par personne de plus de 16 ans et par an (mesure bénéficiant prioritairement aux médecins à grosse patientèle, beaucoup moins aux jeunes installés et pas du tout aux remplaçants).

En tant que syndicat regroupant de jeunes médecins généralistes (internes, remplaçants et jeunes installés ou salariés en Médecine Générale), le SNJMG estime que cet accord n'est pas à la hauteur des enjeux et qu'il présente de nombreux vices cachés : participation de l'Assurance Maladie à la privatisation du système de soins, consécration du secteur 1 comme secteur parking et jeunes médecins généralistes encore une fois lésés par rapport aux autres médecins.

Le SNJMG va consulter sa base pour définir la réponse à donner à ce projet d'accord conventionnel.

■ La grève des internes (octobre et novembre 2012)

Historique des grèves d'internes

Les mouvements de grèves d'internes ne sont pas si courants qu'on pourrait le croire. En voici un petit récapitulatif :

1983 : Grève d'étudiants en médecine et d'internes (ANEMF et ISNIH) contre la réforme hospitalière et la création d'un Examen Classant Validant Obligatoire (ECVO) en fin de DCEM (Résultat : la réforme hospitalière est amendée et l'ECVO est remplacé par un certificat de synthèse clinique et thérapeutique - CSCT).

1990 : Grève d'étudiants en médecine, d'internes et de chefs de clinique (ANEMF, ISNIH, INSCCA) contre la convention médicale restreignant l'accès au secteur 2 (Résultat : l'accès au secteur 2 est maintenu pour les chefs de clinique).

NB : Devant la manipulation des étudiants de médecine générale par les futurs spécialistes lors de cette grève, de jeunes médecins généralistes (en fin d'études et/ou remplaçants) décident de monter un syndicat spécifique distinct de l'ISNIH : c'est la création du SNJMG en 1991.

1997 : Grève d'étudiants en médecine, d'internes et de chefs de clinique (coorganisée par ANEMF, ISNIH, INSCCA et avec le soutien du SNJMG) contre lesversements d'honoraires créés par les ordonnances Juppé (Résultat : création d'un moratoire de 7 ans pour les jeunes installés).

1998 : Grève d'internes (ANEMF, ISNIH, SNJMG) pour la revalorisation de la rémunération des gardes et du statut de l'interne + extension du principe du repos de sécurité aux

internes (au départ, cette dernière revendication était uniquement portée par le SNJMG).

2000 et 2001 : Grèves d'internes (ANEMF, FNSIP, ISNIH, ISNAR, SNJMG) pour l'application pratique du repos de sécurité au bénéfice des internes (Résultats : décrets d'application du repos de sécurité pour les internes).

2006 : Grève des internes de médecine générale (ISNAR, SNJMG) pour la reconnaissance universitaire de la discipline (Résultat : relance d'une Filière Universitaire de Médecine Générale promise par la réforme de 2001 réinstaurant en 2004 un internat de Médecine Générale).



2007 : Grève d'étudiants en médecine, d'internes et de chefs de clinique (ANEMF, FNSIP, ISNCCA, ISNIH, ISNAR, SNJMG) contre le projet de loi de sécurité sociale créant un conventionnement sélectif (Résultat : abandon du projet et mise en place des Etats Généraux de l'Organisation de la Santé, EGOS).

2012 : Du mécontentement des jeunes médecins à la grève des internes

13.04.12 : Devant le peu d'avancées concédées par les différents gouvernements depuis les grèves de 2000 et 2001, le SNJMG interpelle les candidats à l'élection présidentielle sur les conditions d'exercice des internes ; « praticiens trop mal respectés » ...

29.05.12 : Le CNOM propose des mesures coercitives à l'égard des jeunes médecins à leur sortie des facultés de médecine.

08.06.12 : L'ensemble des structures de futurs et jeunes médecins (ANEMF, CSMF-Jeunes médecins, ISNCCA, ISNAR-IMG, ReAGJIR, SNJMG) constituent un front uni contre les nouvelles propositions de l'Ordre.

22.06.12 : Après avoir annoncé aux structures de futurs et de jeunes médecins qu'il allait abandonner ses propositions coercitives, le CNOM décide d'un simple « moratoire » jusqu'au 13 octobre 2012, le temps d'engager des consultations sur la question.

11.07.12 : Après avoir consulté sa base, le SNJMG décide de ne pas participer à la concertation sur l'installation avec l'Ordre et lui demande que les propositions soient retirées comme prévu (NB : quelques jours plus tard, l'ISNIH prendra la même position).

19.07.12 : Marisol Touraine, ministre de la Santé reçoit l'ensemble des structures de futurs et de jeunes médecins et redit sa préférence pour les mesures incitatives en matière d'installation (NB : l'ISNIH et l'ISNCCA s'inquiètent de la perspective évoquée par la ministre d'une limitation des installations en secteur 2).

03.09.12 : Le SNJMG approuve la démarche des médecins blogueurs (#privésdedeserts) dont de nombreuses propositions en matière d'installation sont communes ou superposables à celles du syndicat (NB : les propositions des blogueurs ont été publiées la veille simultanément sur tous les blogs concernés).

10.09.12 : L'ISNIH publie une enquête sur les (mauvaises) conditions d'exercice des internes.

11.09.12 : Le SNJMG salue la publication par le ministre de la Santé d'une circulaire de rappel à la loi suite à l'étude de l'ISNIH mais, souhaitant des réponses concrètes, il se déclare disponible pour participer aux côtés de l'ISNIH à une mobilisation des internes pour améliorer les conditions d'exercice des internes.

09.10.12 : L'ISNIH dépose un préavis de grève pour le 17 octobre contre toutes mesures plafonnant les dépassements d'honoraires, ou limitant l'installation des jeunes médecins en secteur 2.

12.10.12 : Constatant que les AG d'internes de spécialités ou de Médecine Générale votent en faveur de la grève sur des questions statutaires voire d'installation et très peu (voire pas du tout) pour la défense du secteur 2, le SNJMG dépose à son tour un préavis de grève pour le 17 octobre avec comme revendications : le respect effectif du statut de l'interne et l'amélioration de ses conditions d'exercice. Le SNJMG réaffirme son attachement à la liberté d'installation et au remplacement des 2 secteurs conventionnels par un secteur unique revalorisé.

13.10.12 : L'AG de l'Ordre décide de retirer ses propositions coercitives concernant les

jeunes médecins. L'annonce en est faite par le Dr Brasseur lors des premières **Assises Nationales des Jeunes Médecins Généralistes** (ANaJMG 2012) organisées à la cité des sciences de la Villette par le SNJMG, le site medecin-remplaçant.com et les réseaux sociaux « RéseauProSanté » et « Jeunes-MG » (avec le soutien du site Remede.com).

22.10.12 : L'ISNAR-IMG annonce qu'il n'adhère pas aux revendications du mouvement du 17 octobre 2012.

29.10.12 : Suite à la signature de l'avenant 8 sur les dépassements d'honoraires, l'ISNIH abandonne la défense du secteur 2 comme revendication pour le mouvement des internes et dépose un préavis de grève illimitée avec les revendications suivantes :

- Respect de la liberté d'installation ;
- indépendance de l'exercice médical vis-à-vis des complémentaires santé ;
- Signature aux négociations conventionnelles ;
- Amélioration des conditions de travail pour tous les internes.

30.10.12 : L'enquête Internet du SNJMG auprès de sa base **révèle une nette majorité en faveur de grèves** à la fois pour les internes et pour les médecins généralistes (installés et remplaçants).

05.11.12 : En l'absence de réponse du ministère de la Santé à ses revendications et au vu de l'enquête réalisée auprès de sa base, le SNJMG dépose un préavis de grève illimitée pour les internes de Médecine Générale à compter du 12 novembre 2012.

07.11.12 : L'ISNAR-IMG annonce qu'il ne prendra pas le chemin de la grève.

08.11.12 : La ministre de la Santé, Marisol Touraine, annonce qu'elle va rencontrer les médecins blogueurs pour discuter de leurs propositions concernant les déserts médicaux.

12.11.12 : Début de la grève illimitée des internes à laquelle participe le SNJMG, faute de réponse de la ministre à ses revendications. Le jour même, les représentants des syndicats grévistes d'internes et de jeunes hospitaliers sont reçus au ministère de la Santé.

NB 1 : La principale organisation de patients (le CISS) apporte son soutien aux revendications statutaires des internes (tout en condamnant la grève des médecins libéraux débutée le même jour).

NB 2 : L'ISNIH et l'ISNCCA, avec la FNSIP, ont organisé une manifestation nationale de jeunes médecins dans les rues de Paris pour ce premier jour de grève.

15.11.12 : Un sondage BVA pour les Echos indique que 86 % des français approuvent la grève des internes.

17.11.12 : Le SNJMG salue les propositions du ministère de la Santé concernant les conditions d'exercice des internes et son refus de la coercition en matière d'installation mais le syndicat déplore sa défaite sur la question des secteurs conventionnels. En réponse à cette défaite, le SNJMG appelle à la création d'un front uni de tous les médecins secteur 1 pour exiger des conditions d'exercices humaines et justes, seul moyen de garantir l'accès à des soins de qualité sur tous les territoires.

18.11.12 : La ministre de la Santé, Marisol Touraine, annonce qu'elle va lancer un plan incitatif contre les déserts médicaux.

22.11.12 : Marisol Touraine consulte au ministère de la Santé 18 jeunes médecins auteurs du manifeste #privésdesdeserts.

27.11.12 : Le SNJMG appelle à la suspension du mouvement de grève pour les internes de Médecine Générale.

Protagonistes et revendications des grèves d'internes de l'automne 2012

Organisations ayant appelé à la grève :

FNSIP : Fédération Nationale des Syndicats d'Internes de Pharmacie.

ISNCCA : L'Inter-Syndicat National des Chefs de Clinique et Assistants des Hôpitaux.

ISNIH : L'Inter-Syndicat National des Internes des Hôpitaux. Représente les internes des autres spécialités que la Médecine Générale.

SJBM : Syndicat des Jeunes Biologistes Médicaux.

SNJMG : Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes.

+ certaines associations locales d'externes, membres de l'ANEMF (ex : Marseille, Poitiers).



Organisations n'ayant pas appelé à la grève :

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France.

ISNAR-IMG : Inter-Syndicale Nationale Autonome et Représentative des Internes de Médecine.

Les ressorts de la grève des internes :

Comme l'a montré le dossier du quotidien « Le Monde » publié avant la grève du 17 octobre 2012, le mécontentement des internes provient principalement de leurs mauvaises conditions d'exercice (bien évaluées par une enquête de l'ISNIH publiée le 10 septembre 2012) mais aussi de difficultés liées à leur formation universitaire. C'est encore plus vrai pour les internes de Médecine Générale dont une thèse a révélé en 2011 que près de 1 sur 2 relevait (ou presque) d'une situation de burn-out.

Par ailleurs, il existe un sentiment diffus de découragement des jeunes médecins vis-à-vis d'un climat qu'ils jugent hostile envers eux (ex : **le billet sur blog « Sous la blouse »**), climat entretenu par la prise de position du Conseil de l'Ordre et par les propositions de loi remet-

tant en cause la liberté d'installation (dans le cadre de la discussion du PLFSS 2013). Et cette amertume n'est nullement dissipée par la ministre de la Santé quand, pour répondre à un journaliste qui lui faisait remarquer : « Pour arriver à une rémunération correcte, les généralistes travaillent beaucoup, près de soixante heures par semaine », Marisol Touraine s'exclame : « Certains d'entre eux travaillent beaucoup... pas tous ! Pas tous ! ».

Sur ce terrain viennent enfin se greffer les interrogations sur la place prise par les organismes complémentaires dans le système de Santé et le positionnement pro secteur 2 des organisations d'internes et de chefs de clinique de spécialités (brouillant les cartes avec le mouvement concomitant de grève des médecins libéraux en faveur du secteur 2).

Revendications du SNJMG pour les grèves d'internes

(extraites de la lettre de préavis de grève adressée à Mme Touraine) :



- Respect effectif du statut des internes (et FFI) : horaires, gardes, astreintes...
- Suppression des manœuvres de contournement de la loi (ex : interdiction des demi gardes et des fausses astreintes) ;
- Alignement du temps de travail des médecins « junior » sur celui des médecins hospitaliers « senior » ;
- Revalorisation des rémunérations de base et des gardes avec réévaluation annuelle en fonction du taux d'inflation ;
- Respect effectif des deux demi-journées par semaine consacrées à la formation universitaire (formation obligatoire - DES - et facultative : DU, DIU, capacité, master) ;
- Réévaluation nationale des agréments des stages hospitaliers et ambulatoires ;
- Réorganisation des procédures de validation des stages ambulatoires et des DES de Médecine Générale pour éviter que les enseignants en Médecine Générale ne soient à la fois juges et parties ;
- Revalorisation du statut et de la rémunération des enseignants en Médecine Générale (+ découplage de la rémunération du maître de stage du nombre d'actes effectués par l'interne) ;
- Respect de la liberté syndicale des Internes par les DMG/facultés et les ARS avec arrêt des procédures discriminatoires entre organisations syndicales ;
- Rappel à l'obligation de neutralité des responsables de DMG et de faculté de médecine et sanction des contrevenants ;
- Dispense d'astreintes à partir du 3^{ème} mois de grossesse pour les internes/FFI enceintes ;
- Fin de la perte du bénéfice du classement ECN des internes après un arrêt maternité ;
- Prise en compte des événements de la vie (maladie, AT, maternité) dans la durée de validité des licences de remplacement ;
- Amélioration du statut de Praticien Territorial de Médecine Générale pour en faire un vrai statut salarié de la fonction publique ;
- Création de maisons universitaires de santé.

NB : le SNJMG rappelle qu'il est favorable en ambulatoire au remplacement des deux secteurs conventionnels actuel par un secteur unique revalorisé (par rapport à l'actuel secteur 1).



Résultats de la grève des internes :

Dès la première rencontre avec les syndicats grévistes (le 12 novembre 2012), le ministère de la Santé a admis :

- La non application pleine et entière des directives européennes concernant les conditions de travail des internes (opposables à la France depuis 2003 !). Il a proposé une enquête IGAS quant à l'application du repos de sécurité et a souhaité, à partir de cette enquête et de discussions avec toutes les structures de futurs et jeunes médecins, élaborer un rapport de constat et de propositions concernant les conditions de travail des étudiants, internes et assistants.
- Le caractère inefficace et contre-productif des mesures coercitives en matière d'installation.
- En revanche concernant la convention médicale, le ministère s'est défaussé quant à notre demande de création d'un secteur unique revalorisé et n'a pas eu le courage de ses opinions (NB : les représentants des jeunes médecins spécialistes ont fait bloc pour défendre l'accès d'une minorité de médecins au secteur 2 alors que le SNJMG parlait du secteur 1).

Le 13 décembre 2012, la ministre de la Santé a présenté son plan de lutte contre les déserts médicaux (le Pacte Territoires Santé) fort de 12 engagements. Le SNJMG apprécie la reprise par la ministre de certaines de ses propositions (ex : création de « référent-installation » unique dans chaque région, recours aux hôpitaux locaux, labellisation universitaire pour les maisons de santé). Mais, il constate que la ministre de la Santé ne propose rien de concret sur les conditions d'exercice des médecins généralistes actuellement installés

ni sur l'aménagement du territoire. De plus, la ministre de la Santé ne va pas au bout de la logique revendiquée par son plan : pas de création de postes de médecins salariés, pas de véritable sortie de l'hospitalo-centrisme.

Le 06 mars 2013, le ministère de la Santé a publié le rapport les conditions de travail des étudiants, internes et assistants.

Ce rapport annonce plusieurs revalorisations :

- Les gardes et astreintes des internes seront revalorisées de 4 % au 1^{er} mai 2013.
- Les indemnités de sujétion des internes de 1^{ère} et 2^{ème} années seront revues à la hausse en novembre 2013.
- La prime de responsabilité (actuellement réservée aux seuls internes des 4^{ème} et 5^{ème} années) sera accordée aux internes de médecine générale lors de leur stage dans un cabinet de médecine, en autonomie (SASPAS).

Le SNJMG retrouve aussi dans ce rapport des propositions qu'il exprime depuis plusieurs années :

- Une aide au transport sera mise en place en septembre à destination des étudiants et internes qui se rendront dans un stage ambulatoire.
- Les deux demi-journées universitaires dont les internes peuvent bénéficier, chaque semaine, pour parfaire leur cursus seront « sanctuarisées »

Toutefois, le montant de la revalorisation de l'indemnité de sujétion n'est pas précisé et ce rapport ne propose toujours pas de vraie réforme de la protection sociale des internes ni de vraie garantie du respect du repos de sécurité.

■ La grève des gardes des médecins généralistes (Fin 2012)

Cette grève est issue des débats sur les conditions d'exercice des médecins généralistes à l'occasion de la concomitance des discussions conventionnelles et des mouvements de grève des internes.



24.10.12 : Suite à la signature de l'avenant 8 à la convention médicale, le SNJMG publie un communiqué de presse dénonçant un accord a minima pour les dépassements d'honoraires et sans réelle ambition pour les médecins généralistes.

30.10.12 : Une enquête Internet du SNJMG auprès de sa base révèle une nette majorité en faveur de grèves à la fois pour les internes et pour les médecins généralistes (installés et remplaçants).

08.11.12 : La ministre de la Santé, Marisol Touraine, annonce qu'elle va rencontrer les médecins blogueurs pour discuter de leurs propositions concernant les déserts médicaux.

17.11.12 : Le SNJMG salue les propositions du ministère de la Santé concernant les conditions d'exercice des internes et son refus de la coercition en matière d'installation mais le syndicat déplore sa défausse sur la question des

secteurs conventionnels. En réponse à cette défausse, le SNJMG appelle à la création d'un front uni de tous les médecins secteur 1 pour exiger des conditions d'exercices humaines et justes, seul moyen de garantir l'accès à des soins de qualité sur tous les territoires.

18.11.12 : La ministre de la Santé, Marisol Touraine, annonce qu'elle va lancer un plan incitatif contre les déserts médicaux.

22.11.12 : Marisol Touraine consulte au ministère de la Santé 18 jeunes médecins auteurs du manifeste #privésdedéserts

23.11.12 : Le SNJMG annonce que conformément au résultat de la consultation de la base et sans réponse satisfaisante du ministère de la Santé, il prépare une grève des gardes des médecins généralistes les 10 derniers jours de l'année 2012.

02.12.12 : Dans une émission de M6 sur les déserts médicaux, la ministre de la Santé, Marisol Touraine, précise sa proposition de praticien territorial, inclus dans le PLFSS2013.

04.12.12 : Le SNJMG apprécie le caractère incitatif et volontaire de la proposition de praticien territorial, mais doute de son efficacité puisqu'elle est ne répond pas au problème principal de l'installation : les conditions d'exercice des médecins généralistes. Dans

ces conditions, le SNJMG confirme la grève des gardes des médecins pendant 10 jours à partir du 22 décembre 2012.

12.12.13 : A la veille de l'annonce du plan incitatif contre les déserts médicaux, le SNJMG rappelle les 10 principales mesures qu'il propose pour la démographie médicale.

13.12.12 : La ministre de la Santé, Marisol Touraine, présente son plan de lutte contre les déserts médicaux (le Pacte Territoires Santé) fort de 12 engagements. Le SNJMG apprécie la reprise par la ministre de certaines de ses propositions (ex : création de « référent-installation » unique dans chaque région, recours aux hôpitaux locaux, labellisation universitaire pour les maisons de santé). Mais, il constate que la ministre de la Santé ne propose rien de concret sur les conditions d'exercice des médecins généralistes actuellement installés ni sur l'aménagement du territoire. De plus, la ministre de la Santé ne va pas au bout de la logique revendiquée par son plan : pas de création de postes de médecins salariés, pas de véritable sortie de l'hospitalo-centrisme.

17.12.12 : Prenant acte du sentiment mitigé exprimé par sa base devant le Pacte Territoire Santé, le SNJMG dépose un préavis de grève de 10 jours à compter du 22 décembre 2012 (à 12h30) concernant les gardes des médecins généralistes installés et remplaçants.

18.12.12 : Le SNJMG appelle les médecins généralistes installés et remplaçants à prati-

quer une grève des gardes « à la japonaise » pour les 10 derniers jours de l'année 2012. Il leur propose d'effectuer leurs gardes tout en informant les patients et leurs familles des raisons de ce mouvement revendicatif.

21.12.12 : Le ministère de la santé propose une rencontre avec le SNJMG pour discuter des revendications concernant les internes et les médecins généralistes.

Fin 2012 : La grève originale du SNJMG est reprise par de nombreux medias (comme le journal Le Monde) et Alexandre Husson, président du SNJMG, est interrogé sur différentes radios (comme RTL) et télévisions (comme itélé et BFMTV).

15.01.13 : Le SNJMG est reçu au ministère de la Santé. Concernant la démographie médicale, le ministère révèle au SNJMG l'annonce prochaine par Marisol Touraine de la nomination des référents-installation dans chaque région. Tout en se refusant de créer des postes de médecins généralistes salariés de la fonction publique, le ministère convient des limites du projet de praticien territorial et se dit ouvert à le faire évoluer vers un « forfait installation » comme proposé par le SNJMG.

01.02.13 : Nomination des référents-installation par Marisol Touraine.



Pacte Territoire Santé de Marisol Touraine



Les 12 engagements proposés dans le Pacte s'articulent autour de 3 objectifs :

1 - Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins

- Engagement 1 - Un stage en médecine générale pour 100 % des étudiants.
- Engagement 2 - 1500 bourses d'engagement de service public d'ici 2017.
- Engagement 3 - 200 praticiens territoriaux de médecine générale dès 2013.
- Engagement 4 - Un « référent-installation » unique dans chaque région.

2 - Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé

- Engagement 5 - Développer le travail en équipe.
- Engagement 6 - Rapprocher les maisons de santé des universités.
- Engagement 7 - Développer la télémédecine.
- Engagement 8 - Accélérer les transferts de compétences.

3 - Investir dans les territoires isolés

- Engagement 9 - Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015.
- Engagement 10 - Permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires.
- Engagement 11 - Adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire.
- Engagement 12 - Conforter les centres de santé.



Les 10 principales mesures proposées par le SNJMG pour la démographie médicale :

1/ Une régulation incitative de l'installation selon les besoins locaux par la mise en place d'un forfait structurant à l'installation en complément de la rémunération à l'acte et modulable en fonction du lieu et du mode d'exercice.

2/ Simplification des démarches administratives à l'installation par l'optimisation et le renforcement du « guichet unique ».

3/ Nouveau contrat conventionnel avec un secteur unique revalorisé, rémunérant à sa juste valeur l'acte intellectuel et technique en associant paiement à l'acte et forfaits.

NB : Les forfaits concernent d'une part l'investissement dans « l'outil de travail » (favorisant, entre autres, l'emploi de secrétaires), d'autre part les activités médicales (notamment les activités de prévention).

4/ Politique d'évolution de carrière avec une diversification des cadres d'activité et possibilités de passerelles entre spécialités.

5/ Augmentation du « temps médical » par :

- La promotion de regroupements (pas obligatoirement physiques mais organisationnels) par bassin de vie et la création de plateaux techniques de médecine ambulatoire de proximité, de qualité, publics ou privés, sans exclusive en tenant compte des spécificités territoriales et de l'offre de soins préexistante.

- L'organisation de la délégation d'actes médicaux sous la responsabilité et le contrôle du médecin et la création de « coursiers sanitaire et social » pour l'aide à la prise en charge sociale des patients.

- L'évolution et la promotion, dans le respect de l'indépendance médicale, des sociétés libérales (SEL) - afin de séparer le patrimoine privé et professionnel, et surtout de simplifier l'investissement et la délégation de la gestion administrative.

6/ Sortie de l'hospitalo-centrisme par transformation de la fonction publique hospitalière en fonction publique de santé. Cette transformation doit permettre la création de structures de soins ambulatoires publiques (avec personnels médicaux et paramédicaux salariés), implantées, en accord avec les professionnels locaux, dans les zones en difficulté d'offre de soins.

NB : ces structures peuvent être utilement adossées à des hôpitaux locaux (les deux étant reliés à un CHG et au CHU par télémédecine).

7/ Pause dans l'augmentation du numerus clausus (à cause de la saturation des capacités d'accueil des facultés de médecine et pour éviter d'enchaîner les effets « yoyo ») et réévaluation de la pertinence de cet outil comme un moyen de régulation de la démographie médicale.

8/ Mesures spécifiques pour les médecins s'installant « en libéral » dans des zones en difficultés d'offre de soins : Accompagnement pour l'insertion professionnelle locale du conjoint du médecin, Aides matérielles aux remplacements.

9/ Introduction d'un module de gestion et de droit dans la formation initiale et la création d'un diplôme de « médecin gérant » dans le cadre de la formation médicale continue.

10/ Valorisation de la Filière Universitaire de Médecine Générale et création d'une alternative ambulatoire au système hospitalo-universitaire. Cette alternative passe par l'attribution d'une mission universitaire aux structures de soins ambulatoires publiques ; cette mission pouvant être également être déléguée aux structures privées de soins ambulatoires (pôles et maisons de santé).

Le Bureau National du SNJMG

NB : L'Avenant 8 est disponible sur ce lien Internet : http://www.apima.org/img_bronner/avenant_8_ACS.pdf

THERAPEUTIQUES

Médicaments posant problèmes en Médecine Générale – février 2013

Devant le déficit d'information de l'agence sanitaire, le SNJMG a décidé de proposer une grille de lecture aux médecins généralistes en croisant cette liste avec des informations fournies par les sites Internet de l'AFSSAPS elle-même, de la HAS et de la revue Prescrire.

Une liste de produits pouvant poser problème dans la pratique courante d'un médecin généraliste a été ainsi établie et diffusée par le SNJMG, moins de 4 jours après la publication de la liste de l'AFSSAPS. Depuis cette date, la liste a été plusieurs fois actualisée.

Le 01 février 2013 (hasard du calendrier, en pleine crise sur Diane 35 et les contraceptifs oraux), la revue Prescrire a publié, en accès libre sur son site Internet, une liste de « médicaments à écarter » pour « mieux soigner ».

Le SNJMG complète cette action citoyenne de la revue indépendante en diffusant une nouvelle mise à jour de sa propre liste, incluant les dernières mises en garde des agences sanitaires et les informations données par « Prescrire ».

S'il y a bien sûr de nombreuses reprises de la liste de « Prescrire » dans la liste établie par le SNJMG, il existe une volonté de complémentarité car la liste proposée par le SNJMG ne concerne que les médicaments rencontrés dans la pratique quotidienne des médecins généralistes (des médicaments présents dans la liste Prescrire, des médicaments présents dans la liste de l'AFSSAPS et des médicaments ayant fait l'objet d'alertes).

Il est donc conseillé de disposer des 2 listes (liste Prescrire et liste SNJMG) pour sa pratique !

La liste ci-dessous a été publiée le 05.02.13 et actualisée le 15.02.13, le 20.02.13, le 12.03.13 et le 24.03.13.

Allopurinol (ZYLORIC® et génériques)

L'allopurinol, inhibiteur de la xanthine oxydase est la première cause de toxiémies bulleuses graves en Europe et est l'un des premiers pourvoyeurs de syndromes DRESS (Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms) dans le monde.

Il est indiqué dans le traitement des hyperuricémies symptomatiques, de la goutte, ainsi que dans le traitement et la prévention des lithiases uriques et calciques.

La persistance des signalements d'effets indésirables cutanés graves a conduit l'ANSM à une analyse rétrospective des observations

rapportées au système national de pharmacovigilance portant sur une période de trois ans (2008-2010). A l'issue de cette analyse, 60 % des cas signalés étaient jugés évitables en raison d'une indication non justifiée.

L'ANSM souhaite donc attirer l'attention des professionnels de santé sur la nécessité de :

- respecter les indications de l'allopurinol et donc de ne pas instaurer de traitement en cas d'hyperuricémie asymptomatique ;
- mettre en œuvre les nouvelles recommandations d'augmentation progressive de la posologie d'allopurinol lors de son instaura-



tion et ce, chez tous les patients quelle que soit leur fonction rénale ;

- adapter la posologie usuelle en fonction de l'uricémie qui doit être régulièrement contrôlée ;
- connaître et informer les patients du risque de survenue de réactions cutanées graves, incluant syndromes de Lyell, de Stevens-Johnson et DRESS. Ces toxiémies surviennent le plus souvent dans les deux mois qui suivent l'instauration du traitement ;
- informer les patients de la nécessité d'arrêter immédiatement le traitement par allopurinol en cas de survenue d'une éruption cutanée ou d'autres signes d'hypersensibilité, avant même une consultation médicale.

Anti-Alzheimer

Dans le traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer, les anticholinestérasiques exposent les patients à des troubles du rythme cardiaque graves pour une efficacité très modeste et transitoire (Prescrire n°349 p.833).

Anti-émétiques

La dompéridone (MOTILIUM® ou génériques), un neuroleptique, expose à des troubles du rythme ventriculaire et des morts subites, disproportionnés par rapport aux symptômes traités, les reflux gastro-oesophagiens ou les nausées et vomissements (Prescrire n° 340 p.108 ; n° 341 p.196).

Pour les nausées et vomissements des pathologies bénignes, le SNJMG n'a trouvé aucun médicament satisfaisant dans la littérature scientifique.

En cas de grossesse, le CRAT conseille, comme la revue Prescrire, la [doxylamine](#) (DONORMYL®), antihistaminique H1 très bien évalué en cours de grossesse. Si la doxyla-

mine se montre peu efficace ou mal tolérée, le [métoclopramide](#) (PRIMPERAN®) pourra être utilisé quel que soit le terme de la grossesse. C'est aussi pour le CRAT le médicament de référence lors de l'allaitement.

Rappel : le métoclopramide est désormais contre indiqué pour les moins de 18 ans.

Anti-inflammatoires coxibs

Le [célécoxib](#) (CELEBREX®), l'[étoricoxib](#) (ARCOXIA®) et le [parécoxib](#) (Dynastat®) exposent à plus de risques cardiovasculaires et cutanés que d'autres AINS tels l'[ibuprofène](#) (BRUFEN® et génériques) et le [naproxène](#) (NAPROSYNE® et génériques) (Prescrire n° 344 p.419).

Anti-histaminiques « historiques »

La méquitazine (PRIMALAN®) est un antihistaminique H1 "sédatif" et "atropinique" dans les allergies, d'efficacité modeste, expose plus que d'autres antihistaminiques H1 à des troubles du rythme cardiaque (n° 337 p.819). Autant en rester à des antihistaminiques non "sédatifs" et non "atropiniques" tels que la [loratadine](#) (CLARITYNE® ou autre) ou la [cétirizine](#) (ZYRTEC® ou autre).

La prométhazine injectable (PHENERGAN®), un antihistaminique H1 dans l'urticaire sévère, expose à des nécroses cutanées et des gangrènes (n° 327 p.59). Autant en rester à la [dexchlorphéniramine](#) injectable (POLARAMINE®).

ARIXTRA® (fondaparinux sodique)

Chez des patients insuffisants rénaux, après une chirurgie à risque thrombo embolique élevé, le fondaparinux expose à un surcroît d'hémorragies graves (Prescrire n° 324 p.767).

En février 2012, la HAS estime que l'Arixtra n'apporte pas d'avantage clinique dans la thrombose veineuse superficielle isolée.

CHAMPIX® (varénicline)

Il expose à des troubles psychiatriques multiples et à des réactions cutanées sévères (Prescrire n° 324 p.741).

Le 31 mai 2011, à l'occasion de la Journée Mondiale sans tabac, le ministre de la santé Xavier Bertrand, a annoncé que le Champix® ne fera plus partie des médicaments remboursés pour arrêter de fumer.

Le 17 juin 2011, l'Agence américaine des médicaments (FDA) a souhaité que la notice Champix soit modifiée afin que le médicament soit déconseillé aux personnes présentant des troubles cardiaques : d'après une étude menée sur 700 fumeurs, la varénicline, peut aggraver les problèmes cardiovasculaires des personnes présentant déjà des troubles de ce type.

COLCHIMAX® (colchicine + poudre d'opium + tiémonium)

La présence de la *poudre d'opium* et du *tiémonium* masquent les diarrhées, un des premiers signes de surdose parfois mortelle de la *colchicine* (Prescrire n° 350 p.901).

CYMBALTA® (duloxétine)

Pour prévenir les récurrences dépressives ou pour traiter un premier épisode dépressif, la duloxétine a une efficacité incertaine alors qu'elle expose à des effets indésirables tels qu'HTA et atteintes hépatiques (Prescrire n° 320 p.423).

CYTOTEC® (misoprostol)

Le Cytotec (misoprostol) a obtenu en France une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en 1986. Cette spécialité est actuellement indiquée dans le traitement de l'ulcère gastrique ou duodéal évolutif, des lésions gastro-duodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou à titre préventif des lésions gastriques et duodénales et des complications graves induites par les AINS.



L'ANSM a pris connaissance d'un usage hors AMM de Cytotec en obstétrique pour déclencher l'accouchement à partir de 37 semaines d'aménorrhée. Or, à ce jour il n'y pas de données de sécurité d'emploi qui présagent d'un rapport bénéfice/risque favorable du Cytotec dans cette indication (déclenchement de l'accouchement), quelle que soit la voie d'administration. Cette utilisation hors AMM peut entraîner des effets indésirables graves pour la mère et l'enfant.

Diacéréine (ART 50® et génériques)

Ce produit expose à des troubles digestifs, des atteintes cutanées graves et des hépatites (Prescrire n° 323 p.663).

DIANE 35®

Diane 35 est un médicament utilisé dans le traitement de l'acné et non un contraceptif. A l'issue de l'évaluation de l'ensemble des données disponibles, l'ANSM estime que le rapport bénéfice/risque de Diane 35 et de ses génériques est défavorable dans le traitement de l'acné, au regard notamment du risque thromboembolique veineux et artériel auxquels ils exposent les femmes traitées. De surcroît, l'usage important de ces médicaments en tant que contraceptifs n'est pas conforme et leur efficacité comme contraceptif n'a pas été démontrée par des études cliniques appropriées.

Dans ce contexte, l'ANSM a décidé de suspendre l'AMM de Diane 35 et de ses génériques. Cette suspension prendra effet dans un délai de 3 mois, à compter du 21 mai 2013.

Ce délai permettra aux femmes de consulter un professionnel de santé pour envisager un autre traitement de l'acné, voire un autre moyen contraceptif, médicamenteux ou non. Il est, en effet, important que cette démarche s'intègre dans une continuité de prise en charge et particulièrement celle de la contraception. Dans l'immédiat, il est demandé aux prescripteurs de cesser d'initier ou de renouveler tout traitement par Diane 35 ou ses génériques.

Diclofenac (VOLTARENE® et génériques)

En 2009, la revue Prescrire précise que le diclofenac entraîne une diminution de la douleur dans la demi-heure chez 20 % des patients présentant une colique néphrétique, mais qu'il ne doit cependant pas être utilisé chez certains patients prédisposés à des troubles rénaux (insuffisants cardiaques, déshydratation, patients âgés, certains traitements associés, etc.) et en aucun cas chez les femmes enceintes (Prescrire n°307 p 355-360).

Selon [une étude parue dans PLOS](#) en février 2013, le naproxène est l'un des AINS les plus sûrs en matière de toxicité cardiovasculaire alors que le diclofénac présente un risque très similaire à rofécoxib (VIOXX), qui a été retiré du marché à travers le monde pour cette raison.

EFIENT® (prasugrel)

Après angioplastie avec endoprothèse, mieux vaut en rester à l'association aspirine + clopidogrel (Prescrire n°308 p.406).

NB : Par un courrier aux médecins en date du 04.04.11, le laboratoire Lilly signale la survenue de cas d'hypersensibilité grave incluant des cas d'angioœdèmes (notamment chez des patients aux antécédents de réactions d'hypersensibilité au clopidogrel). Le délai de survenue des cas est variable ; survenue immédiate ou survenue à 5 à 10 jours.

EXFORGE HCT® (amlodipine + valsartan + hydrochlorothiazide)

La triple association à doses fixes expose à une utilisation abusive d'une trithérapie dans l'hypertension artérielle avec multiplication des effets indésirables et des interactions, à des risques d'erreurs de dosages liées au conditionnement inadapté (Prescrire n° 325 p.809).

Fentanyl en spray nasal (INSTANYL®)

Pas de progrès pour traiter les pics douloureux des patients cancéreux ; le conditionnement peu sécurisé expose le patient à des risques de surdose parfois mortels (Prescrire n° 321 p.486 et n°325 p.876).

Fibrates

Le *fénofibrate* (Lipanthyl® ou autre), le *bézaafibrate* (Befizal®) et le *ciprofibrate* (Lipanor® ou autre), des hypocholestérolémiants sans efficacité clinique démontrée, exposent à de nombreux effets indésirables, notamment cutanés, hématologiques et rénaux (n° 329 p.193).

Le *gemfibrozil* (Lipur®), le seul fibrate avec une certaine efficacité démontrée, est un recours, à manier avec prudence, quand un fibrate est choisi.

FORSTEO® (tériparatide)

Ce peptide expose à des troubles digestifs, des syncopes secondaires à des hypotensions, et peut-être à un risque de tumeurs osseuses (n° 315 p.18).

GLUCOSAMINE (VOLTAFLEX® et génériques)

Ce produit expose à des réactions allergiques et à des troubles hépatiques (Prescrire n° 323 p.663).

HEXAQUINE® et médicaments contre les crampes contenant de la quinine

Aux USA, la quinine n'est plus autorisée dans le traitement des crampes depuis 1995, du fait d'effets indésirables disproportionnés (voire mortels) avec une maigre efficacité (Prescrire n° 326 p.905 et n° 344 p.421). La revue Prescrire ne connaît pas de médicament avec une balance bénéfices-risques favorable dans les crampes.

IDARAC® (floctafénine)

Cet AINS proposé comme antalgique, expose à des hypersensibilités dont des bronchospasmes et des œdèmes de Quincke (n° 321 p.498).

Inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase 4 (DPP-4) tels que la saxagliptine (ONGLYZA®), sitagliptine (JANUVIA®), JANUMET® et vildagliptine (GALVUS®, EUCREAS®)

Ils sont sans efficacité clinique démontrée sur les complications du diabète (accidents cardiovasculaires, insuffisances rénales, atteinte neurologique, etc.). Ils ont un profil d'effets indésirables chargé, notamment des troubles de l'immunité, des pancréatites, des hypersensibilités (Prescrire n° 347 p.655 et n° 349 p.811).

NB 1 : Avis de la HAS sur la sitagliptine : Pas d'avantage clinique démontré en monothérapie ni en bithérapie en association à un sulfamide ou à l'insuline + Avis défavorable au remboursement en association à la metformine.

NB 2 : Avis de la HAS sur la vildagliptine : Avis défavorable au remboursement en monothérapie dans le diabète de type 2 en raison d'un intérêt clinique insuffisant.

ISOTRÉTINOÏNE et génériques

L'isotrétinoïne par voie orale a une efficacité

démontrée sur l'acné. Son utilisation est à réserver au traitement des formes sévères à risque cicatriciel important, compte tenu des effets indésirables nombreux et parfois graves auxquels elle expose : tératogénicité, sécheresse cutanéomuqueuse, hépatotoxicité, troubles psychiques, etc. (Prescrire n°313 p.840).

IZILOX® (moxifloxacine)

Cette fluoroquinolone pas plus efficace que d'autres, expose à des syndromes de Lyell, à des hépatites fulminantes, et à un surcroît de troubles cardiaques (Prescrire n° 327 p.12).

KETEK® (télithromycine)

Ce macrolide sans avantage sur les autres, expose à un surcroît de troubles cardiaques, hépatiques et visuels (Prescrire n° 316 p.115).

KÉTOPROFÈNE TOPIQUE (KETUM® et génériques en gel et pommade)

Il expose à des photosensibilisations graves (Prescrire n° 316 p.114 ; 319 p.338-339 ; n° 321 p.501 et III de couv. et n° 324 p.735).

LANTUS® (insuline glargine)

Chez les patients diabétiques de type 2, en cas de contrôle glycémique jugé insuffisant, l'insuline isophane est l'insuline de référence (Prescrire n°318 p.268). Il est plausible que l'insuline glargine augmente légèrement la fréquence de survenue des cancers. Dans l'attente de données de bon niveau de preuves, mieux vaut en tenir compte dans l'analyse de la balance bénéfices-risques d'une insuline chez des patients diabétiques, au cas par cas (Prescrire n° 347 p.664-666).

LIVIAL® (tibolone)

C'est un stéroïde de synthèse utilisé dans le traitement hormonal substitutif de la ménopause et qui expose à des effets indésirables

androgéniques en plus de ceux des estroprogestatifs (troubles cardiovasculaires, cancers du sein ou de l'ovaire, etc.) (Prescrire n° 320 p.432).

MÉPROBAMATE

Le *méprobamate* utilisé comme anxiolytique dans Kaologais® (en association, dans les troubles fonctionnels digestifs avec anxiété), et dans Precyclan® (en association, dans le syndrome prémenstruel), expose à des effets indésirables cutanés et hématologiques sévères, et à des syndromes de sevrage (n° 336 p.737).

Rappel : EQUANIL® et génériques ainsi que MEPRONIZINE® ont déjà été retirés du marché.

MILNACIPRAN (IXEL® et génériques)

Ce produit expose à un surcroît de troubles cardiaques et urinaires (n° 338 p.906).

Minocycline (MYNOCINE® et génériques)

Moins d'effets indésirables avec la doxycycline qu'avec la minocycline (Prescrire n° 307 p.354).

MULTAQ® (dronédarone)

Il n'apporte pas de progrès dans la fibrillation auriculaire pour prévenir une récurrence ou pour ralentir le rythme ventriculaire. Son effet anti-rythmique paraît inférieur à celui de l'amiodarone (Prescrire n° 316 p.90).

De plus, il expose à des effets indésirables notamment cardiaques et hépatiques, ces derniers sont à l'origine d'une alerte lancée par l'AFSSAPS le 21.01.11 (Prescrire n° 329 p.187).

Depuis le 1^{er} janvier 2012, ce produit, indiqué officiellement dans les fibrillations auriculaires, a été radié des listes des médicaments remboursables par la Sécurité sociale.



Myorelaxants

Sans efficacité démontrée, le méthocarbamol (LUMIRELAX®) expose à de nombreux effets indésirables, dont des troubles digestifs et des atteintes cutanées.

Le thiocolchicoside (COLTRAMYL® ou autre), un dérivé de la colchicine, expose à des diarrhées, des gastralgies, et semble-t-il des convulsions (Prescrire n° 321 p.498 ; n° 313 p. 833).

Le tetrazepam (MYOLASTAN® et génériques), BZD utilisée comme myorelaxant, fait l'objet depuis le 12 janvier 2013 d'une demande de suspension d'AMM par l'ANSM (auprès de l'EMA). Une enquête de pharmacovigilance effectuée sur toute la période allant du début de la commercialisation à juin 2012 a mis en évidence « une fréquence élevée d'effets indésirables cutanés (...) tels que des syndromes de Lyell et de Stevens-Johnson et des syndromes d'hypersensibilité médicamenteuses (DRESS) ».

Nefopam (ACUPAN® et génériques)

Il expose à des effets atropiniques, des convulsions, des troubles hépatiques et des dépendances (Prescrire n° 324 p.738-739).

Neuroleptiques en prévention des crises de migraine

La flunarizine (Sibelium®) et l'indoramine (Vidora®) ont des effets indésirables excessifs au regard de l'efficacité (Prescrire n° 318 p.264 ; n° 321 p.499).

Nicorandil (ADANCOR® et génériques)

C'est un vasodilatateur avec une composante nitrée, sans efficacité démontrée au-delà de l'effet symptomatique dans l'angor, expose à des ulcérations cutanéomuqueuses parfois graves (Prescrire n° 342 p.268 ; n° 345 p.516). Autant en rester par exemple à un dérivé nitré.

Nimésulide (NEXEN® et génériques)

Il expose à un risque injustifié d'hépatite fulminante parfois mortelle (Prescrire n° 323 p.660 ; n° 327 p.22-23 et n° 335 p.659).

Nitrofurantoïne (FURANDATINE®, FURADOÏNE® et MICRODOÏNE®)

L'incidence des pneumopathies aiguës sévères sous nitrofurantoïne (Furadantine® ou autre) a été estimée à 1 patient pour environ 5 000 prescriptions, et celle des pneumopathies chroniques, motivant une hospitalisation, à 1 patient sur environ 750 patients exposés à plusieurs semaines ou mois de traitement par nitrofurantoïne (Prescrire n°285 p.510).

Suite à ce bilan de pharmacovigilance, l'Agence française du médicament a restreint les indications de la nitrofurantoïne au traitement curatif de courte durée (5 à 7 jours) dans certaines infections urinaires en dernier recours par voie orale, seule situation où elle a été considérée que sa balance bénéfices-risques reste favorable.

La nitrofurantoïne est contre-indiquée en traitement prolongé et elle ne doit plus être utilisée en prévention, en raison des risques disproportionnés (Prescrire n°345 p.511-512).

Nizoral® (kétoconazole)

Le 08.06.11, l'Afssaps a décidé de suspendre l'autorisation de mise sur le marché de Nizoral® (kétoconazole) 200 mg, comprimé, dans la prise en charge des infections fon-

giques (provoquées par un champignon), en raison de sa toxicité pour le foie, plus fréquente et plus sévère qu'avec d'autres traitements antifongiques. Dans l'attente des conclusions de la réévaluation du bénéfice/risque de Nizoral® en tant qu'antifongique engagée au plan européen, l'Afssaps recommande aux patients actuellement traités par ce médicament de consulter leur médecin. Nizoral® restera disponible dans le cadre d'Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU) nominatives délivrées par l'Afssaps pour la prise en charge des patients atteints du syndrome de Cushing.

Olanzapine (ZYPHADERA® et ZYPREXA®)

D'efficacité discutable, l'olanzapine présente des effets métaboliques à l'origine d'une cascade de procès aux USA (Prescrire n° 293 p.224).

Orlistat (ALLI® et XENICAL®)

Il a des effets indésirables (troubles digestifs très fréquents, atteintes hépatiques, etc.) et des interactions disproportionnés au regard d'une efficacité modeste et temporaire en termes de perte de poids, sans preuve d'effet favorable à long terme (Prescrire n° 349 p.829).

Peni M

L'agence du médicament a décidé le retrait du marché de spécialités à base d'oxacilline orale et la suppression du recours à la voie intramusculaire des spécialités à base d'oxacilline et de cloxacilline à compter du 23 mai 2011.

Toutefois, elle a maintenu :

- la voie intraveineuse pour l'oxacilline et la cloxacilline, avec révision de leur schéma posologique.
- la cloxacilline par voie orale, uniquement dans le traitement des infections cutanées peu sévères.

Pilules contraceptives

L'ANSM rappelle aux prescripteurs, afin de minimiser le risque de thrombose lié aux Contraceptifs oraux combinés (COC), qu'il soit veineux ou artériel :

- De privilégier la prescription des COC de deuxième génération contenant du lévonorgestrel.
- De rechercher les facteurs de risque, notamment de thrombose, lors de toute prescription d'un COC à une nouvelle utilisatrice.
- D'informer les femmes du risque de thrombose et les alerter quant aux signes cliniques évocateurs.
- D'effectuer un suivi clinique pour surveiller la tolérance au traitement contraceptif prescrit.

PRADAXA® (Dabigatran)

L'utilisation du dabigatran est à réserver à certains patients à risque de thrombose important, quand l'utilisation d'un autre anticoagulant pose des problèmes difficiles à résoudre. Quand cette utilisation est justifiée, une surveillance est à organiser : surveillance biologique de la fonction rénale, repérage des situations à risque, information des patients du risque hémorragique et du risque d'interactions avec de nombreux médicaments (Prescrire n° 349 p.835-837).

Pholcodine et spécialités en contenant

Pour la bronchite aiguë, mieux vaut ne pas compter sur les médicaments « antitussifs » ou « mucolytiques », en raison de leur faible efficacité et de leurs effets indésirables (Prescrire n°325 p.843).

La pholcodine est un antitussif narcotique qui, en raison de sa longue demi-vie, peut s'accumuler. Après plusieurs jours d'administration, il y a un risque d'intoxication grave, en particulier chez l'enfant (Rencontres Prescrire 2010).



NB : Le 11.03.11, l'AFSSSAPS a publié une mise au point sur la pholcodine et, à compter du 02.05.11, les spécialités contenant de la pholcodine ne peuvent plus être délivrées sans prescription médicale.

Piroxicam (FELDENE® et génériques)

Il expose à un surcroît de troubles digestifs et cutanés (dont des syndromes de Lyell) (Prescrire n° 321 p.498).

PRAXINOR® (théonédraline + cafédrine)

Pas efficace, il est à l'origine de plusieurs cas d'abus et de dépendance mais aussi d'effets indésirables graves, notamment cardiovasculaires : hypertension artérielle, hémorragie méningée, accident cardiovasculaire, infarctus cérébral, etc. (Prescrire n°295 p.346 et n° 344 p.421).

PROCORALAN® (ivabradine)

Pour réduire la fréquence des crises d'angor, l'ivabradine n'apporte pas de progrès tangible mais expose à des bradycardies, des troubles oculaires... (Prescrire n°321 p.388 et 555).

Chez les patients en insuffisance cardiaque, l'ajout d'un bêtabloquant à dose optimale réduit la mortalité globale, ce qui n'est pas le cas de l'ivabradine. (Prescrire n°329 p.209 et n° 350 p.900).

PROTELOS® (ranélate de strontium)

Il expose à des troubles neuropsychiques et à des hypersensibilités dont des syndromes de Lyell et des syndromes d'hypersensibilité multiorganique (alias Dress), et à des thromboembolies veineuses (n° 338 p.902 + 910).

PROTOPIC® (tacrolimus)

Cet immunodépresseur dans l'eczéma, expose à des risques de cancers cutanés et de lymphomes, disproportionnés avec l'affection traitée (Prescrire n° 343 p.345 + 361).

RASILEZ® (Aliskirene)

C'est un antihypertenseur sans efficacité démontrée en termes de diminution des accidents cardiovasculaires, qui expose à un surcroît de troubles cardiovasculaires et d'insuffisances rénales (n° 341 p.183 ; n° 349 p.820).

RESOLOR® (prucalopride)

C'est un médicament apparenté aux neuroleptiques autorisé dans la constipation, expose à des troubles cardiovasculaires (n° 328 p.90-94).

ROHYPNOL® (flunitrazépam)

Médicament exposant à trop de dangers (Prescrire n°270 p233).

STABLON® (tianeptine)

En mai 2007, l'Agence française du médicament (Afssaps) a rapporté 141 cas d'abus et de pharmacodépendance survenus en France entre 1989 et 2004, soit environ 1 à 3 cas pour 1 000 patients traités par tianeptine. Il s'agit surtout de patients âgés de moins de 50 ans et ayant des antécédents de conduites de toxicomanie. L'arrêt de la tianeptine est difficile en raison d'un syndrome de sevrage (Prescrire n° 285 p.509).

Par ailleurs, la tianeptine expose à des dépendances et à des atteintes hépatiques et cutanées (Prescrire n° 339 p.25 ; n° 345 p.516 et n° 349 p.822).

Statines

Pour prévenir les accidents cardiovasculaires, quand un médicament hypocholestérolémiant est jugé préférable, mieux vaut en rester à la simvastatine et à la pravastatine dont l'efficacité sur la mortalité est démontrée, au prix d'effets indésirables acceptables (Prescrire n° 347 p.648-652).

NB : la pravastatine est la statine de premier choix chez les patients à risque d'interactions médicamenteuses. (n° 276, p.692/693 et 694) (n° 194, p.284) (n° 238, p.292 et 293) (n° 263, p.523).

Quand l'effet d'une statine est jugé insuffisant, on ne sait pas si une association avec un autre hypocholestérolémiant est utile, en termes de mortalité et d'accidents cardiovasculaires. Le mieux est de privilégier l'alimentation et le médicament le plus adapté, y compris en termes d'observance. (n° 276, p.651-2 sur le site Prescrire).

STELARA® (ustekinumab)

Trop suspect d'effets cancérigène pour traiter le psoriasis (Prescrire n°309 p.491 et n° 350 p.908).

STRESAM® (etifoxine)

Ce produit, d'efficacité mal évaluée dans l'anxiété, expose à des atteintes hépatiques (n° 349 p.832).

SYCREST® (asénapine)

Moins efficace que d'autres neuroleptiques dans les épisodes maniaques chez les patients atteints de trouble bipolaire, ce produit expose à



des hypoesthésies buccales et à des hypersensibilités parfois graves (n° 342 p.255).

TASMAR® (tolcapone)

Cet antiparkinsonien expose à des atteintes hépatiques parfois mortelles (n° 330 p.273-279). En dernière ligne l'entacapone (Comtan® ou autre) est une option.

Tixocortol (associé avec la chlorhexidine dans THIOVALONE®)

Ce produit expose à des réactions allergiques à type d'œdèmes cutanéomuqueux de la face, de glossites, voire d'œdèmes de Quincke (n° 320 p.417).

TOCTINO® (alitretinoïne)

Dans l'eczéma chronique sévère des mains, il expose à trop de risques : effet tératogène puissant, dépression, suicide, interactions médicamenteuses... (Prescrire n°315 p.10 et n°320 p.476).

Topiques pour entorses et tendinites

L'association dexaméthasone + salicylamide + salicylate d'hydroxyéthyle (PERCUTALGINE®) (n° 345 p.505), et l'association prednisolone + salicylate de dipropylène glycol (CORTISAL®) (n° 338 p.898) exposent aux effets indésirables des corticoïdes et aux réactions d'hypersensibilité des salicylés.

Tramadol et spécialités en contenant

L'intérêt de l'adjonction de tramadol au paracétamol pour traiter la douleur reste à démontrer ; ce qui n'est pas le cas des effets secondaires du Tramadol : surcroît de troubles neuropsychiques (dont des convulsions), hépatiques, respiratoires et cardiovasculaires, hypoglycémies.

Quand l'ajout d'un opioïde faible est justifié, notamment après échec du paracétamol seul, mieux vaut préférer la codéine, dont la balance bénéfices-risques est la plus accep-

table, malgré ses limites. (Prescrire n° 241 p.527, n°327 p. 23 et n°329 p. 185).

Trimétazidine (VASTAREL® et génériques)

La trimétazidine est une substance aux propriétés incertaines utilisée dans l'angor sans efficacité démontrée au-delà de l'effet symptomatique, expose à des syndromes parkinsoniens, des hallucinations et des thrombopénies (n° 342 p. 260-261).

NB : La HAS a réévalué ce produit en février 2012 :

Au regard des alternatives existantes, l'intérêt thérapeutique de Vastarel® et de ses génériques ne permet pas de justifier leur prise en charge par la solidarité nationale.

La commission d'autorisation de mise sur le marché de l'Afssaps a recommandé la suspension de l'utilisation de ces spécialités dans l'attente d'une décision européenne.

TRIVASTAL® (piribédil)

Le service médical rendu est insuffisant dans l'ensemble des indications thérapeutiques pour justifier une prise en charge, sauf dans le traitement de la maladie de Parkinson où le service médical rendu est modéré (Avis HAS).

VALDOXAN® (agomélatine)

D'efficacité douteuse, ce produit expose à des troubles hépatiques, pancréatiques, musculaires et cutanés (Prescrire n° 351 p.26).

Vasoconstricteurs à visée ORL

Les décongestionnants vasoconstricteurs par voies orale et nasale (l'éphédrine, la naphazoline, l'oxymétazoline, le pseudoéphédrine et le tuaminoheptane) exposent à des troubles cardiovasculaires disproportionnés pour des médicaments destinés à soulager des troubles bénins tels que le rhume (Prescrire n° 342 p.263-264 ; n° 345 p.505 ; n° 348 p.738 + 743).

Vasodilatateurs

Les « vasodilatateurs », particulièrement ceux dérivés de l'ergot de seigle, utilisés dans les « déficits cognitifs neurosensoriels liés à l'âge » : la *dihydroergocryptine* (dans VASOBRAL®), la *dihydroergocristine* (ISKEDYL®), la *dihydroergotoxine* (HYDERGINE®), la *nicergoline* (SERMION® ou autre), sans efficacité prouvée, exposent à des risques de fibroses notamment pulmonaires ou rétropéritonéales (Prescrire n° 342 p.260-261 ; n° 343 p.361).

Venlafaxine (EFFEXOR® et génériques)

Elle expose plus que d'autres antidépresseurs à des troubles cardiovasculaires (Prescrire n° 343 p. 353).

VECTARION® (almitrine)

Utilisée comme "oxygénateur" sans efficacité clinique démontrée dans la bronchopneumopathie chronique obstructive, elle expose à des neuropathies et des pertes de poids graves (Prescrire n° 345 p.505).

VICTOZA® (liraglutide)

Mieux vaut en rester à l'exénatide, dans les rares cas où un analogue des incrétines semble justifié (Prescrire n°317 p.168).

NB : Selon un article mis en ligne sur le site de la revue médicale spécialisée Gastroenterology, proportionnellement, 11 fois plus de pancréatites ont été notifiées avec l'exénatide. Pour les cancers du pancréas, le taux a été d'environ 3. Pour les cancers de la thyroïde, il a été d'environ 5. Ces données troublantes

convergent avec un faisceau d'arguments, notamment les données animales (Prescrire n°333 p.508).

XARELTO® (rivaroxaban)

Après une prothèse de hanche, une HBPM semble plus sûre (Prescrire n° 307 p.326).

En traitement d'une thrombose veineuse profonde et en prévention des récives : pas mieux qu'une HBPM suivie de la warfarine (Prescrire n°345 p.493).

Chez les patients atteints de fibrillation auriculaire, en cas de risque thrombotique important, l'anticoagulant de référence reste la warfarine à dose ajustée selon l'INR. Le dabigatran est une alternative quand il est impossible de maintenir l'INR dans la zone thérapeutique la plupart du temps. En cas de risque thrombotique modéré, la warfarine ou l'aspirine sont des choix raisonnables (Prescrire n°345 p.488-492).

Zolpidem (STILNOX® et génériques)

Des formes de toxicomanie au zolpidem ont été décrites, avec notamment une dépendance (Prescrire n°289).

ZYBAN® (chlorhydrate de bupropion)

Cet amphétaminique expose à des troubles neuropsychiques, des malformations cardiaques congénitales, des dépendances (Prescrire n° 339 p.26-27 et n° 342 p.271).



Le SNJMG signale aussi qu'une autre de ses revues « amies », la revue « Pratiques », a organisé le 15 février 2013, dans les locaux de « Prescrire », une [rencontre débat](#) autour d'auteurs du numéro 59 consacré à « L'Erreur en Médecine ».

Rien de tel que le Palmarès de la revue Prescrire pour faire le point sur les médicaments de l'année 2012.

Le Palmarès 2012 des médicaments

Chaque mois, la Rédaction de Prescrire présente une analyse comparative et méthodique des données disponibles sur les nouveaux médicaments commercialisés, ou sur les nouvelles indications thérapeutiques de médicaments déjà commercialisés.

Le but est de donner aux lecteurs les moyens de distinguer dans la masse des nouveautés commerciales, malgré le bruit de fond promotionnel, ce qui mérite d'être intégré dans la panoplie thérapeutique déjà existante, ou ce qui mérite de remplacer d'anciens médicaments pour mieux soigner ; et aussi ce qui est à écarter.

Ce travail est mené selon des procédures rigoureuses, détaillées sur le site [www.prescrire.org](#). Elles incluent notamment une recherche documentaire extensive, le recours à un comité de lecture (spécifique pour chaque projet de synthèse) et un contrôle qualité vérifiant la cohérence du texte avec l'ensemble des données référencées.

En toute indépendance. Ce travail est mené par la Rédaction en totale indépendance des

firmes : Prescrire est financé exclusivement par les abonnés, et ne reçoit aucune subvention, ni aucun financement publicitaire. La publication du bilan financier annuel de Prescrire, dans chaque numéro du mois de mars, témoigne de cette indépendance.

En fin d'année, le Palmarès des médicaments est élaboré à partir des synthèses publiées dans l'année, et à la lumière de l'évolution des données disponibles depuis la publication encours d'année.

Le règlement du Palmarès des médicaments est disponible sur le site [www.prescrire.org](#).

L'amélioration apportée par la nouveauté peut consister en un supplément

d'efficacité, en une moindre incidence ou une moindre gravité des effets indésirables (à efficacité similaire), ou en une possibilité d'administrer le traitement plus simplement ou plus sûrement.



Pilule d'Or	La "Pilule d'Or" est attribuée aux médicaments qui constituent un progrès thérapeutique décisif dans un domaine où patients et soignants étaient totalement démunis.	
Non attribuée en 2012		
Inscrits au tableau d'honneur	Les médicaments inscrits au tableau d'honneur constituent un progrès net pour certains patients par rapport aux moyens thérapeutiques déjà disponibles, avec certaines limites.	
Aucune inscription en 2012		
Cités au Palmarès	Les médicaments cités au Palmarès contribuent à améliorer, modestement, les moyens de prise en charge des patients.	
abiratérone	ZYTIGA® comprimés Janssen-Cilag	cancer métastaté de la prostate en échec d'une castration puis d'une chimiothérapie, en association avec un corticoïde (n° 341)
bocéprévir	VICTRELIS® gélules Merck Sharp & Dohme	hépatite C chronique causée par un virus de génotype 1, non encore traitée ou en échec de l'association peginterféron alfa et ribavirine (n° 339)

2012 : deux progrès modestes.

Cette année encore, le Palmarès des médicaments ne comporte pas de Pilule d'Or (lire page 33). De plus, aucun nouveau médicament ni aucune nouvelle indication d'un médicament déjà commercialisé ne sont inscrits au tableau d'honneur.

Deux médicaments ont notamment contribué à améliorer modestement la prise en charge de certains patients.

L'abiratéron, un antiandrogène, agit par un mécanisme d'action différent de la *cyprotérone* (Androcur® ou autre).

Chez les hommes atteints d'un cancer métastasé de la prostate en échec d'une dépression de la sécrétion androgénique puis d'une chimiothérapie, un essai de bonne qualité a montré que *l'abiratéron* augmente la survie globale d'environ 4 mois (15 mois versus 11 mois dans le groupe placebo). Ses effets indésirables sont parfois graves, hépatiques et cardiaques notamment, mais souvent acceptables avec une surveillance minutieuse.

a-Le télaprévir, un antiviral du même groupe que le bocéprévir, est une alternative utile au bocéprévir, mais qui expose à des effets indésirables cutanés imprévisibles et parfois graves. Pour cette raison, il n'a pas été cité au Palmarès.

Le Palmarès 2012 de l'information

Les synthèses de Prescrire sur les nouvelles spécialités ou les nouvelles indications autorisées s'appuient sur une large recherche documentaire visant à réunir les données d'évaluation, notamment cliniques.

En plus des recherches dans des ouvrages de référence et des bases de données bibliographiques, la Rédaction effectue des recherches sur les sites internet d'agences du médicament, d'organismes d'évaluation médico-économique, d'agences d'évaluation

Elle se prend par voie orale. *Le bocéprévir* est un antiviral inhibiteur de la NS3/4A sérine protéase (a).

Chez les patients atteints d'hépatite C chronique, causée par un virus de génotype 1, et non encore traités ou en échec de l'association *peginterféron alfa* (Pegasys®, *Viraferonpeg*®) et *ribavirine* (Rebetol® ou autre), l'ajout de bocéprévir par voie orale augmente d'environ 30 % à 40 % le taux de réponses virales prolongées. Mais le recul est insuffisant pour juger l'efficacité sur des critères cliniques : mortalité, transplantation hépatique, cirrhose. Ses effets indésirables sont surtout hématologiques, et parfois graves, mais ils sont prévisibles et éventuellement corrigés.

Un sursaut qui se fait toujours attendre.

Cette année 2012 est une année encore décevante pour les patients et les soignants, en attente de nouveaux médicaments apportant de réels progrès thérapeutiques.

©Prescrire

en soins de santé et de divers organismes spécialisés, en fonction du domaine thérapeutique. En complément, Prescrire interroge régulièrement les agences du médicament sur des sujets précis ou pour leur demander des documents qui ne sont pas diffusés publiquement. Et elle consulte d'autres revues indépendantes de thérapeutique, membres de l'International Society of Drug Bulletins (ISDB), comme l'est Prescrire, et d'autres institutions indépendantes concernées par l'évaluation du médicament.

Firmes à l'honneur (par ordre alphabétique)

- **Premières nommées : Ageps-EPHP, Janssen-Cilag**
- **Puis : Addmedica, Chauvin, EG Labo, GlaxoSmithKline, Mayoly Spindler, Sanofi Pasteur MSD**

Lanternes rouges (par ordre alphabétique)

- **Allergan, Bayer Santé, Biogen Idec, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, MSD, Servier, Takeda**

Les firmes détiennent quantité de données. Pour chaque médicament analysé, Prescrire interroge aussi la ou les firmes(s) qui le commercialise(nt) en France, de façon à prendre en compte toutes les données d'évaluation ayant conduit à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ou à une modification de l'AMM, y compris les données qui n'ont pas été publiées.

Ces données non publiées (tels que des rapports de synthèse clinique ou des rapports périodiques d'effets indésirables, alias PSUR) sont détenues, d'une part, par la firme qui a obtenu l'AMM, et d'autre part, par l'agence du médicament qui a examiné la demande d'AMM.

Comme les autres Palmarès Prescrire, celui de l'information est établi méthodiquement et en toute indépendance des firmes et des agences, selon le règlement disponible sur le site www.prescrire.org.

Honneur aux firmes responsables.

Certaines firmes répondent aux demandes d'information de Prescrire dans des délais raisonnables et fournissent une documentation approfondie et pertinente, notamment des données non publiées. Ces firmes méritent d'être "à l'honneur", particulièrement celles qui

ont informé Prescrire très tôt, parfois spontanément, fournissant des données exhaustives et détaillées. Elles sont "Premières nommées".

Qu'ont donc à cacher les firmes opaques ?

D'autres firmes ne répondent pas, ou à peine, aux demandes d'information de Prescrire. Certaines répondent le plus tard possible et ne fournissent pas une information de qualité solidement exploitable. D'autres encore omettent les données les plus pertinentes. Les prétextes sont familiers : manque de disponibilité ; lenteurs administratives ; confidentialité des données cliniques ; désaccord de la maison mère ; rétention d'information suite à une synthèse de Prescrire défavorable ; etc. Les "Lanternes rouges de l'information" soulignent le cumul de carences documentaires de certaines firmes. À elles de relever le défi pour mieux informer les soignants à travers Prescrire.

Année 2012, toujours le même constat.

Au fil des ans, la situation n'évolue guère. Certaines firmes continuent à fournir à Prescrire une information de qualité. Elles ont sciemment décidé d'avoir une attitude responsable face aux enjeux de santé auxquels elles contribuent. Mais d'autres ont



développé un savoir-faire dans la communication promotionnelle et semblent ne trouver aucun intérêt à informer sur les médicaments qu'elles commercialisent. Elles font fausse route, car la transparence, témoin de leur crédibilité, est un des critères du choix d'un médicament, à côté de l'efficacité, des effets indésirables, de la praticité, et du prix.

En 2012, certaines firmes ont cultivé la confusion entre information et publicité.

Les informations publicitaires qu'elles privilégient sont de fait biaisées, non exhaustives, ayant pour vocation première l'augmentation du volume des ventes et non la diffusion d'une information pertinente et de qualité pour mieux soigner.

La volonté de changement d'attitude exprimée au sein de certaines firmes suite au désastre Mediator® n'a pas été confirmée en pratique en 2012.

©Prescrire

Le Palmarès 2012 de conditionnement



Chaque année, dans le cadre des textes élaborés pour le "Rayon des Nouveautés", Prescrire analyse méthodiquement le conditionnement d'environ 150 spécialités pharmaceutiques. Ces analyses permettent de repérer les conditionnements de qualité avérée et de détecter des éléments sources de danger, pour en informer les lecteurs.

Tous les aspects des conditionnements sont analysés : étiquetages ; dispositifs fournis pour la préparation ou l'administration des doses ; dispositifs de fermeture tels que les bouchons ; lisibilité et capacité informative des notices.

Le Palmarès du conditionnement est élaboré en fin d'année à partir des analyses méthodiques synthétisées par l'équipe spécialisée de Prescrire, l'Atelier conditionnement, en toute indépendance sans l'inter-

vention d'aucune firme pharmaceutique ni d'aucun façonnier ou fabricant d'article de conditionnement (règlement disponible sur le site www.prescrire.org).

Pas de palme en 2012. Paratabs® (Actavis) a été en France en 2012 le premier paracétamol orodispersible sous plaquettes à film-sécurité. De telles plaquettes sont difficiles à ouvrir par des enfants, ce qui les protège d'une ingestion accidentelle. Mais pour peler le film-sécurité, il faut détacher chaque portion de plaquette contenant un comprimé. Or, après séparation, il manque la date de péremption et le n° de lot. Par ailleurs, la Rédaction a regretté que le nom commercial soit valorisé plutôt que la dénomination commune internationale (DCI) : l'occasion manquée d'une palme.

©Prescrire

Palme du conditionnement



• Non attribuée en 2012

Cartons jaunes du conditionnement

(par ordre alphabétique)



- **Aldalix® (a) gélules Pfizer (furosémide + spironolactone)** (n° 348)
Pour l'étiquetage de la boîte, où les dénominations communes internationales (DCI) sont traitées en caractères minuscules se confondant avec le soulignement du nom commercial, et pour les ressemblances avec les spécialités Aldactazine®(altizide+ spironolactone) et Aldactone® (spironolactone).
- **Gélutrophyl® gélules Jolly Jatel (ténoate d'éthanolamine)** (n° 349)
- **Saflutan®collyre MSD (tafluprost)** (n° 344)
Pour les étiquetages des conditionnements primaires de ces deux spécialités (plaquettes, unidoses) qui ne mentionnent aucune DCI.
- **Predyl® solution pour bain de bouche Pred (povidone iodée)** (n° 348)
Pour l'aspect attractif (couleur mauve, forme gourde) et l'absence de bouchon-sécurité.
.....
a-Aldalix® n'est plus commercialisé en 2013.

Cartons rouges du conditionnement

(par ordre alphabétique)



- **Bipéridysflash® comprimés orodispersibles** Pierre Fabre Médicament (**dompéridone**) (n° 340)
Par l'absence d'information de la notice sur les risques cardiaques.
 - **Mycohydralin® crème** Bayer Santé Familiale (**clotrimazole**) (n° 340)
Par l'information insuffisante de la notice sur les risques suspectés de rupture de préservatif en latex au contact de la crème.
 - **Ostram Vitamine D3° poudre pour suspension buvable** Merck Serono (**phosphate tricalcique + colécalciférol**) (n° 342)
Par la régression de l'information de la boîte due à la disparition de la mention de la contre-indication en cas d'insuffisance rénale.
 - **Xarelto® 15 mg et 20 mg comprimés** Bayer Santé (**rivaroxaban**) (n° 349)
En raison de la forte ressemblance entre les deux dosages, surtout au niveau des plaquettes et des comprimés.
- Conditionnements dangereux pour les enfants**
- **Flixovate® crème et pommade** GlaxoSmithKline (fluticasone) (n° 341)
En raison du maintien du plan de prise à 2 cases (matin et soir) malgré l'extension d'indication aux nourrissons dès 3 mois pour lesquels une seule application par jour est recommandée, source de surdose pour ces patients sensibles aux effets indésirables d'un dermocorticoïde d'activité forte.
- **Preterval® comprimés** Servier (**indapamide + péridopril**) (n° 343)
 - **Suboxone® comprimés sublinguaux** Reckitt Benckiser Pharmaceuticals (**buprénorphine + naloxone**) (n° 342)
Par l'absence de bouchon-sécurité sur le flacon ou de film sécurisé sur les plaquettes de ces 2 spécialités, exposant à une ingestion par un enfant et aux effets indésirables potentiellement graves des substances concernées.
- Notices dangereuses pour les enfants à naître**
- **Alevetabs® comprimés** Bayer Santé Familiale (**naproxène**) (n° 343)
 - **Rhinadvil® (a) comprimés** Pfizer Santé Familiale (**ibuprofène + pseudoéphédrine**) (n° 345)
 - **Rhinureflex® comprimés** Reckitt Benckiser Healthcare (**ibuprofène + pseudoéphédrine**) (n° 348)
Par l'information insuffisante des notices de ces 3 spécialités contenant un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), qui contre-indiquent leur usage uniquement à partir du 6e mois de la grossesse. Ces notices n'explicitent pas les données d'un risque accru de fausse couche et d'un effet malformatif au 1er trimestre, ainsi que les risques rénaux et cardiovasculaires parfois mortels chez les enfants à naître en cas d'exposition à un AINS à partir du 2e trimestre de grossesse. Par ailleurs, les données de faible niveau de preuves mais toutes convergentes vers un risque tératogène de la **pseudoéphédrine** ne sont pas mentionnées.
.....
a-Lire au sujet du changement de nom de cette spécialité page 103.

Source : Revue Prescrire, février 2013

ENSEIGNEMENT – FORMATION

Les AnaJmg d'octobre 2012 : quelques mots avant le bilan

Le samedi 13 octobre 2012 ont eu lieu à la Cité des sciences et de l'Industrie de la Villette (Paris) les premières Assises Nationales des Jeunes Médecins Généralistes (ANaJMG).



Cette journée, organisée indépendamment de l'industrie pharmaceutique et du ministère de la Santé, a combiné réunions plénières de réflexion, pour médecins et non médecins, et ateliers pratiques concernant les jeunes médecins généralistes.

Pour cette première session des Assises, le SNJMG, coorganisateur, s'était donné un objectif de 150 préinscriptions ; il y en a eu 156, malgré l'absence de campagne de communication hors structures organisatrices.

Coté intervenants, toutes les personnalités contactées par le SNJMG ont été présentes au rendez-vous :

M. Gérard VINCENT, Délégué Général de la Fédération Hospitalière de France (FHF), M. Fabrice HENRY, Président de l'UNOCAM, Drs Jean-Marc BRASSEUR et Jacques LUCAS du CNOM, Dr Claude LEICHER, Président de MG-France, Dr Didier MENARD de la Fédération Française des maisons et pôles de santé (FFMPS), Dr François-Charles CUISIGNIEZ, Président de la CSMF Jeune, M. Emmanuel BAGOURD, Président de l'ISNAR-IMG, Dr Jean-Michel CHABOT, Haute Autorité de Santé (HAS), Dr Bruno TOUSSAINT, Revue Prescrire, Dr Philippe FOUCRAS, Président du Formindep... mais aussi bien d'autres personnalités du monde de la santé comme le Dr Dominique DUPAGNE,

les membres du mouvement de désaliénation des médecins et des représentants des revues « Pratiques » et « Médecine ».

(NB : le coordonateur du DES de MG en Ile-de-France et les président du CISS et du conseil de l'UNCAM, pris par d'autres engagements, se sont excusés).

Seuls le doyen PERROTIN de la faculté de Tours et le Dr RENARD, président du CNGE, n'ont pas répondu à notre invitation à la table ronde sur l'indépendance de la formation médicale. Ils ont été remplacés par le Dr VUILLAUME qui est venu parler des centres de santé dans le débat sur la démographie médicale et par Catherine Cerisey, e-patient et blogueuse, qui a livré son témoignage sur Internet et médecine.

Rendez-vous à l'automne 2013 pour la deuxième session des ANaJMG !

Structures organisatrices des ANaJMG :

- Le SNJMG
www.snjmg.org
- Le site Medecin-remplaçant
www.medecin-remplacant.com
- Le réseau professionnel « [ReseauProSante](http://www.reseauprosante.fr) »
www.reseauprosante.fr
- Le réseau professionnel « [Jeunes-MG](http://www.jeunesmg.ning.com) »
www.jeunesmg.ning.com

NB : les ANaJMG sont soutenues par le site Remede.org



CORRESPONDANCES – DISCUSSIONS

Rencontre avec le Dr Borée – Jeune médecin de campagne

« Qui êtes-vous comme médecin généraliste ? »

Après avoir été remplaçant pendant 2 ans, je me suis installé il y a 7 ans, quand j'ai eu envie d'avoir mon « cabinet idéal » et mes patients « à moi ».

J'exerce dans un coin perdu du sud-ouest, dans une zone très rurale. Il n'y a ni hôpital, ni spécialiste, ni radiologie (ni cinéma...) à moins de 35 minutes de route. La population, vieillissante, est encore très largement agricole avec quelques petites activités artisanales.

« Qu'est-ce qui vous a donné envie d'écrire votre blog puis votre bouquin ? »

La création de mon blog s'est faite sur deux déclencheurs. D'une part, j'ai découvert la blogosphère médicale et je me suis dit un truc du genre « *Merde, il y en a qui écrivent si bien ce que moi je vis aussi. C'est génial !* », ça venait combler un sentiment d'isolement assez marqué car mon environnement professionnel n'est pas très stimulant. D'autre part, j'ai été confronté à deux questions techniques en consultation (l'utilisation de lubrifiant pour les frottis et la question de l'eau pour les enfants porteurs d'aérateurs tympaniques). J'ai recherché sur le web en français, je n'ai pas trouvé de réponses qui me convenaient. Du coup j'ai continué à chercher en anglais et, là, j'ai trouvé des études qui répondaient à mes interrogations. Du coup, je me suis dit « *Eh bien si personne ne le dit en français, moi je vais le dire !* ». C'est pour ça que mes tout premiers billets avaient essentiellement une dimension technique.

Quant au livre, c'est un peu un hasard : un éditeur m'a contacté en me disant « C'est chouette ce que vous écrivez, on devrait essayer d'en faire un livre » et ça s'est enchaîné.

« Qu'est-ce que l'écriture vous apporte : personnellement, dans votre métier ? »

L'écriture me permet surtout de « débriefé » certaines situations. Dans mon secteur, il n'y a ni groupe de pairs, ni groupe Balint, c'est donc difficile d'avoir l'occasion de réfléchir à sa pratique : l'écriture me permet d'essayer de dénouer les fils et, bien souvent, les commentaires de mes lecteurs me permettent de progresser.

Et puis, bon, j'ai toujours été un peu grande gueule. Alors, je m'exprime et tant mieux si ce que je dis trouve un écho !

Dans mon métier, c'est davantage la communauté de Twitter qui m'apporte énormément. Tant sur le plan humain que sur le plan des connaissances. Il y a toujours quelqu'un pour partager un coup de gueule, pour réagir à une déception ou à une petite victoire, pour filer un petit truc technique, pour faire passer une info sur une étude intéressante.

« Que souhaitez/espérez-vous apporter à vos lecteurs ? »

J'ai fait un billet récemment à ce sujet. Pour ce qui concerne les patients, je suis convaincu de la nécessité de sortir d'une relation verticale entre les médecins et les patients. A mes yeux, une relation de pouvoir n'est pas une relation de soins. Permettre aux patients d'acquérir des connaissances, de comprendre le

fonctionnement de notre système de santé, c'est participer à leur « empowerment » nécessaire à un véritable partenariat entre eux et leurs médecins. Mais aussi, en leur donnant à voir et à comprendre nos questionnements, nos difficultés, nos soucis éthiques et déontologiques, je suis convaincu que mes lecteurs auront une relation plus détendue et compréhensive avec leurs propres médecins. Plutôt qu'une confrontation étanche, la compréhension mutuelle permet d'avancer ensemble.

C'est ainsi que j'ai des témoignages qui me sont adressés sur le rôle qu'a pu jouer mon blog, et ceux d'autres médecins, pour permettre à des patients de mieux s'orienter dans le système de soins. J'ai eu en particulier un message très touchant d'une patiente qui s'est décidé à consulter parce que mon blog l'a amené à se dire que tous les médecins n'étaient pas des mandarins enfermés dans leurs certitudes.

Quant à mes lecteurs médecins, le message principal que j'essaie de leur transmettre, c'est celui d'une « Gé pride » : on peut être généraliste et n'avoir rien à envier aux pontes de l'hôpital en matière scientifique. Je suis

convaincu, et j'essaie de le faire partager, qu'il est possible de faire de la médecine de famille en s'appuyant sur des bases scientifiques solides, des compétences techniques réelles et de vraies exigences relationnelles et éthiques. Mon message c'est surtout « N'ayez pas honte d'être généralistes ! Croyez en vous et en vos compétences. Osez ! ».

« Les médecins sont de plus en plus nombreux à raconter leur quotidien, que pensez-vous que cela signifie ? »

Le grand problème de la médecine à la française, et en particulier des généralistes, c'est leur isolement. Il n'est donc pas étonnant que les possibilités qu'offrent les nouvelles technologies et les réseaux sociaux, soient plébiscitées par celles et ceux qui, auteurs ou lecteurs, souhaitent briser cette solitude et partager leurs expériences et leurs émotions.

Comme je l'écrivais récemment, « *Prenez garde mandarins et autres Diafoirus ! Prenez garde car le web, le partage des connaissances et l'échange horizontal sont là et ils changent le monde. Prenez garde car nos blogs et nos twitts sont révolutionnaires !* ».

Voici un extrait du livre du Dr Borée (paru en juin 2012 aux éditions City).

Loin des villes, proche des gens. Chroniques d'un jeune médecin de campagne.

Lettre à Harry

« Cher Harry,

Je te fais ce petit mot pour te dire simplement que je t'aime bien. Tu es un patient très agréable.

Déjà, tu es quelqu'un d'impliqué : nous discutons ensemble des décisions concernant ta santé. C'est très motivant pour moi.

Il est vrai que tu as un bon niveau socioculturel, comme on dit, et que ça m'oblige à défendre solidement ce que je te propose. Encore que je me mette peut-être plus d'exigences que tu n'en as toi-même.

Un patient impliqué, mais pas chiant non plus. Tu sais rester en retrait, juste ce qu'il faut. Quand j'ai des arguments clairs, tu me fais confiance. Plusieurs fois, tu m'as répété « *C'est vous le médecin, je vous laisse décider.* ».



Parfois, tu n'es pas d'accord avec ce que j'envisage. Tu me le dis clairement, nous en discutons, nous trouvons un terrain d'entente. Comme la fois où je t'ai proposé de consulter un cardiologue. Tu n'en avais jamais vu et avec ta tension, ta clope... Tu m'as répondu « *Vous m'avez déjà fait un électrocardiogramme, qu'est-ce qu'il me fera de plus que vous ?* ».

Ce n'était pas une flatterie, juste un constat neutre. J'ai bien tenté « *Une épreuve d'effort, ça serait bien.* » mais tu m'as répondu « *Et avec tous les travaux que je fais dans ma maison, vous ne croyez pas que je la fais tous les jours, cette épreuve d'effort ?* ». Ce n'était pas vraiment faux et je n'ai pas insisté.

Je sais que ce n'est pas la peine de t'emmerder si je n'ai pas de solides raisons pour ça. Comme la fois où tu m'as dit que tu avais enfin arrêté de fumer. Mais que tu continuais à t'offrir trois cigares par semaine, en essayant de ne pas trop inhaler. Je t'ai félicité. Et je t'ai foutu la paix pour tes petits écarts. Tu n'avais pas besoin de moi pour savoir que zéro c'est mieux.

Ah ça ! Il faut le reconnaître, tu es un patient agréable. L'inverse de ce que la plupart des médecins diraient de leurs patients enseignants. Ou, pire, des autres professionnels de soins.

C'est vrai : quoi de plus pénible à soigner essayer de soigner qu'un autre médecin ? On avait même évoqué le sujet lors d'une de nos conversations, tous les deux.

Ce n'est plus de l'art, ça devient de la magie ! Il faut deviner ce qu'il ne dit pas puisqu'il croit qu'on le sait déjà, ce qu'il sait et ne sait pas, pour ne pas donner l'impression qu'on le prend pour un ignare tout en lui fournissant une information médicale complexe. Et partir du principe qu'il s'automédique en dépit du bon sens scientifique !

Combien de témoignages de médecins qui font pour eux-mêmes ou pour leurs proches ce qu'ils ne feraient jamais pour leurs patients ? À croire que, dès que l'on est impliqué personnellement, on abandonne toute rationalité.

Et lorsque l'on se décide, dans un moment de lucidité, à confier sa santé ou celle de ses enfants à un autre médecin, il nous est insupportable de renoncer à interférer avec le soin. On pose des questions tordues, exigeant des réponses impossibles que l'on serait bien en peine de fournir nous-mêmes, on bidouille les traitements, on arrange à notre sauce, on rajoute une ligne sur la prescription de prise de sang, on se plonge dans la littérature, on demande un second avis, des fois que... Pour se retrouver, bien évidemment, avec trois opinions différentes : celles des deux confrères et la sienne.

Quand je vois parfois comment je me comporte avec le vétérinaire pour mes chiens, je me fais peur pour le jour où j'aurais un pépin sérieux.

Non, vraiment, soigner un médecin, c'est l'enfer ! Tout l'inverse de toi.

Donc, voilà, je voulais simplement t'écrire ces quelques mots pour te remercier.

Et pour t'avouer que tu m'intimides un peu, quand même.

Lorsque tu me dis que tu me fais confiance et que tu me laisses décider, je me sens parfois bien petit.

Bien humble face à toi qui, jusqu'à ta retraite il y a deux ans, dirigeait le service de néphrologie d'un hôpital anglais.

Si un jour, j'ai besoin d'un autre toubib pour s'occuper de ma petite santé, ce serait pas mal que j'arrive à jouer le jeu comme toi tu le fais.

Fuir avant la catastrophe

Vous venez de le rencontrer, Borée est un médecin généraliste installé en ruralité profonde dans le Sud Ouest de la France. Nous tenions à vous faire part de ce qui lui arrive actuellement.

Malgré une patientèle adorable et un exercice en Maison de Santé Pluridisciplinaire, il fait le constat que tant pour des raisons professionnelles que personnelles, il est contraint de se désinstaller. Voici le billet qu'il a publié sur son blog le 18 mars.

Fin de partie

(billet publié sur le blog de Borée le 18.03.13)

Voici quelques mois que je me demande comment je formulerai ce billet, ce que j'y dirai ou pas...

Dans 3 mois, je vais cesser mon activité et fermer mon cabinet. Je viens de coller une affiche sur la porte pour avertir mes patients.

Voilà.

Une perspective qui mûrissait depuis un an. Une décision depuis 9 mois.

Des raisons personnelles et professionnelles. Des motivations négatives et positives.

Sur le plan privé bien sûr. Je crois avoir suffisamment goûté d'un tel isolement. Les cinémas à 40 minutes, la gare principale à 1h20, les grandes villes à plus de 2 heures de route, le réseau téléphonique mité, la connexion ADSL anémique, ça commence à bien faire.

Et puis mon homme a des projets qu'il ne pourra pas envisager ici. Déjà qu'il se tape 2 heures et demie de voiture tous les jours depuis des mois, je ne vais pas lui demander de se sacrifier pour moi en continuant comme ça, ad vitam. Nous avons donc décidé de nous rapprocher d'une grande ville.

Et puis il y a les raisons professionnelles.

J'aime toujours la médecine générale, ce n'est pas le problème. Et j'aime en particulier mon exercice ici, à la campagne, riche et varié. Mais je dois bien reconnaître que, malgré la superbe maison médicale dans laquelle je suis, je commence à me fatiguer d'un environnement professionnel assez peu stimulant.

J'ai des relations cordiales avec mes confrères du secteur, mais, à une exception près, pas grand-chose à partager. Je ne les ai jamais vus aller en formation, même pour une seule journée. Aucun groupe de pairs, aucun groupe Balint à moins de 50 km.

Tout comme je me lasse d'un exercice qui finira un jour par tourner en rond faute d'évoluer.

Ainsi, il y a quelques patients pour lesquels, au bout de 8 ans, je ne sais plus vraiment quoi dire ou faire pour avancer. Sentiment de coller toujours les mêmes rustines sur une chambre à air qui fuit de partout. Oh, je n'aurais pas demandé à en être débarrassé! Mais si quelqu'un avait pu poser un regard neuf pendant quelque temps, ça aurait été bien. Quitte à ce que je reprenne la main ensuite.

Si encore j'avais des stagiaires régulièrement...

En cinq ans de maîtrise de stage, j'ai eu un unique interne. Trop éloigné de la Fac, les étudiants hésitent à faire autant

de route, ce que je peux comprendre. Quant aux enseignants du Département de Médecine générale, ils fonctionnent entre eux, se répartissant volontiers cette main d'œuvre et rechignant visiblement à la partager.

Je dois bien reconnaître également (source de honte ou bien de fierté ?) que ma manière de travailler me pose un vrai problème financier. Une patientèle très âgée, polypathologique (30 % de mes patients sont en ALD) et « bien éduquée » à ne pas venir pour les petits bobos, ce sont des actes de plus en plus longs et peu rentables. Un seul motif médical par consultation ? C'est l'exception.



J'ai déjà parlé de mes revenus, je sais que je ne suis de loin pas le plus à plaindre. Mais voir mon bénéfice stagner depuis 4 ans ou hésiter à prendre des congés parce que c'est à chaque fois un gros trou dans la caisse, j'en ai un peu assez. Un nanti? En 8 ans, nous sommes vraiment « partis » en vacances... 2 fois. Le reste c'était une semaine en famille de temps en temps, rarement. Quelques week-ends prolongés. Me dire que je dois vraiment faire gaffe à anticiper le changement de ma voiture qui a dépassé les 250 000 km, tout en faisant des semaines de 55 heures, c'est qu'il y a un truc qui cloche.

Et surtout, surtout, je préfère, un peu égoïstement, fuir avant la catastrophe.

Je suis très pessimiste pour les 15 prochaines années dans des secteurs aussi isolés que le mien. Le canton n'est pas encore désertifié, mais je sais que ça arrive. La majorité des médecins des environs a passé la soixantaine. Ils partiront bientôt à la retraite et je sais qu'ils n'auront pas de successeurs.

Hors de question de commencer à faire de la médecine industrielle et de l'abattage. Hors de question aussi de me sacrifier en passant à des semaines de 80 heures et en renonçant à toute vie personnelle. Ma seule alternative avant que le désert ne gagne : la fuite.

Des raisons positives également.

Avoir noué des contacts via le blog et Twitter a été une vraie bouffée d'oxygène dans ma pratique de tous les jours. L'occasion aussi de rencontrer d'autres médecins avec qui je me sens vraiment en

phase, des médecins avec qui, si nous devons travailler ensemble, je pourrais me dire en partant le matin « Super, on va passer une bonne journée avec les copains ! »

Je sais que je me réinstallerai dans un cabinet de campagne. Dans une « campagne » qui sera à 20 ou 30 kilomètres d'une grande ville, pas plus. Et, comme l'a dit ma copine Fluorette, je sais à présent qu'on peut peut-être s'installer n'importe où, mais pas avec n'importe qui. En tout cas, je n'ai plus envie de travailler dans d'autres conditions.

Dans mon futur « cabinet idéal »...

- Nous serons des médecins partageant une vision similaire de notre métier, dotés des mêmes exigences humaines et scientifiques. Autant que possible, nous serons interchangeables pour nos patients.
- Interchangeables pour pouvoir être, par exemple, à 4 ou 5 sur un équivalent de 3 « temps pleins ». Ce qui permettra d'organiser notre temps de manière souple : loisirs, vacances, formations, enseignement, missions à l'étranger ou 2 semaines de remplacement dans une autre région histoire de changer un peu. En tout cas pas l'obligation absolue de garder la tête dans le guidon, année après année.
- Interchangeables, mais, autant que possible, forts de différents domaines d'excellence afin de pouvoir, collectivement, offrir la meilleure prise en charge globale à nos patients.
- Et dans l'idéal de l'idéal, des associés avec qui nous serons suffisamment en confiance pour mettre en place un partage des honoraires en fonction du temps de travail passé. Pas de rancœur : ceux que les patients « lourds » effraient pourront se concentrer sur les actes techniques ou les consultations plus rapides. Moi, je leur laisserai la médecine du sport qui m'emmerde et je continuerai à faire ce qui leur fait peur et que je maîtrise bien : la synthèse pour les patients

diabétiques-cardiaques-insuffisants rénaux-dépressifs. Je râlerai beaucoup moins de mes actes à rallonge et, dans le même esprit, je mettrai les forfaits annuels dans le pot commun puisque ce sera bien une prise en charge de groupe.

Dans l'immédiat, j'ai besoin de changer d'air.



J'avais une chouette aventure de prévue, mais la vie réserve parfois des surprises et s'amuse à venir jeter des obstacles sur une route bien tracée. Du coup, je ne sais pas vraiment ce que je vais faire dans les prochains mois. Mais je ne suis pas inquiet. Si une porte s'est fermée, il y en a bien d'autres à ouvrir.

Quant à ce blog, que va-t-il devenir? Je ne sais pas. Beaucoup dépendra de mes futures activités. Si elles sont compatibles avec la préservation de mon anonymat, je continuerai à écrire et, sinon, je me mettrai en sommeil, mais pas sans vous avoir dit au revoir.

Au fait! Si, malgré ce que je viens de dire, un médecin avait envie de reprendre un cabinet situé dans une superbe Maison médicale, au cœur d'une non moins magnifique région du Sud-ouest, avec une patientèle globalement adorable et des dossiers tenus par un adepte de Prescrire aux tendances obsessionnelles, qu'il ou elle me fasse signe! Ce serait une bonne surprise.

■ A la nouvelle de cette annonce et à la suite de sa mobilisation sur les conditions d'exercice des médecins généralistes, le SNJMG a décidé d'en tirer un enseignement en publiant le 19 mars 2013 le communiqué de presse suivant :

Médecine Générale : la catastrophe est elle inévitable ?

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a pris connaissance du billet du Dr Borée, ce jeune médecin généraliste de campagne, blogueur et auteur du livre « Loin des villes, proche des gens », qui annonce sa prochaine désinstallation.

Le SNJMG est attristé par la nouvelle, mais pas tout à fait surpris...

Au cœur de notre réflexion sur la Médecine Générale se retrouvent en effet les écueils évoqués par le Dr Borée :

- Insuffisances de l'aménagement du territoire dans certaines zones géographiques (Internet haut débit, couverture téléphonique, services publics de proximité...) rendant difficile un exercice professionnel moderne et de qualité ;
- Absence de prise en compte de la situation professionnelle et sociale du conjoint du médecin ;
- Modes et niveaux de rémunération inadaptés à des prises en charge de plus en plus complexes et demandeuses de temps en

Médecine Générale, à partir du moment où l'on choisit de se consacrer aux populations qui en ont le plus besoin (enfants, personnes âgées, défavorisées, ayant besoin d'aide psychologique...);

- Pénalisation des revenus des médecins qui veulent pratiquer cette Médecine Générale de qualité et qui refusent de tomber dans le cercle vicieux qui consisterait à tenter de compenser cette sous-cotation par une course à l'acte sans grande valeur médicale ajoutée et sans grand intérêt intellectuel, en multipliant les journées à rallonge, en sacrifiant les temps de ressourcement personnel et de formation professionnelle, en renonçant à des investissements utiles à une pratique de qualité, toutes choses qui mènent finalement au burn-out...

On ajoutera volontiers, entre autres :

- D'importantes contraintes administratives et de gestion qui justifieraient d'une assistance par des professionnels dédiés, rémunérés grâce des forfaits de fonctionnement ad hoc ;
- Un régime de protection sociale aux déficiences incompréhensibles pour des praticiens conventionnés avec l'Assurance Maladie ! (pas d'IJ avant 90 jours en maladie, pas de couverture des soins liés à un Accident du Travail...);
- Un régime de retraite aux fragilités inquiétantes ;
- Le déni symbolique et financier de la qualité universitaire et professionnelle de la spécialité Médecine Générale au sein d'un système conventionnel qui discrimine de façon injustifiable entre médecins (le SNJMG demande la suppression du secteur 2 et son remplacement par un secteur unique revalorisé) ;

- Sans oublier le florilège des « fausses bonnes idées » coercitives, censées résoudre la crise démographique et qui achèvent de faire fuir les plus motivés !

Depuis des années, le Syndicat National des Jeunes Généralistes (SNJMG) alerte les pouvoirs publics sur cette crise grave de la Médecine Générale et avance des propositions, notamment en publiant l'hiver dernier [ses 10 principales mesures](#) face aux défis de la démographie médicale.

A travers la médiatisation de ce cas personnel qui nous touche, nous souhaitons que les responsables publics prennent enfin la mesure exacte de la crise de la Médecine Générale. Il ne suffira pas de quelques gadgets pour sauver la médecine de proximité, c'est tout le modèle économique et professionnel de la Médecine Générale qu'il faut repenser d'urgence.

Cette métamorphose devenue indispensable nécessite bien sûr une redistribution de moyens : c'est au Président de la République, au Premier Ministre et à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé de prendre leurs responsabilités en prouvant que la Santé des Français leur tient réellement à cœur.

Vous pouvez éviter la catastrophe ! Il faut agir, maintenant !



DYNAMIQUE SYNDICALE ET COMMUNIQUÉS DE PRESSE

Passage de relai au Bureau du SNJMG

15 mars 2013

L'Assemblée Générale du SNJMG qui s'est tenue à Paris le samedi 2 mars dernier a été un moment fort de la vie du syndicat des jeunes médecins généralistes.

Alexandre HUSSON, qui a présidé le SNJMG pendant 4 ans, a présenté aux membres le bilan moral et financier de l'année 2012, voté à l'unanimité.

Conformément aux statuts, le Bureau National a été renouvelé par moitié et son organigramme fonctionnel vient d'être modifié comme suit :

Président :

Theo Combes (médecin généraliste installé - Midi-Pyrénées)

Vice-présidente :

Emilie Frelat (Interne de Médecine Générale, en année de thèse - Ile-de-France)

Secrétaire Général :

Alexandre Husson (médecin généraliste remplaçant - Ile-de-France)

Secrétaire Général adjoint :

Yassine Bouakaz (médecin généraliste installé - Centre)

Trésorier :

Procope Panagoulas (médecin généraliste installé - Paris)

Autres membres du bureau :

Marine Crest-Guilluy (médecin généraliste remplaçante - Ile-de-France)

Hélène Cesbron (médecin généraliste remplaçante - Aquitaine)

Maurice Gueran (médecin généraliste remplaçant - Ile-de-France)

Marina Lanzi (Interne de Médecine Générale - Bretagne)

Patricia Martel (médecin généraliste remplaçante - Aquitaine)

Marc Bruel (médecin généraliste remplaçant - Ile-de-France)

David Martin (interne de Médecine Générale - Ile-de-France)

Anne Saint Martin (médecin généraliste installée - Midi-Pyrénées)

Le nouveau Bureau s'est déjà mis au travail afin de promouvoir de façon toujours plus efficace les valeurs portées depuis sa création par le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes :

- Reconnaissance du rôle fondamental de la Médecine Générale au sein du système de Santé et au service de chaque patient ;
- Valorisation de la Médecine Générale en tant que spécialité clinique, scientifique et universitaire ;
- Exigence d'une formation initiale et continue d'excellence en Médecine Générale, autonome (enseignants, sociétés savantes et organismes de formation issus de la discipline elle-même) et indépendante (en particulier de l'industrie pharmaceutique) ;
- Réforme des conditions d'exercice de la Médecine Générale avec des modes et niveaux de rémunération suffisants pour permettre aux praticiens de participer pleinement à la formation médicale continue et initiale (développement professionnel continu, maîtrise de stage, enseignement...), de trouver un équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle (prévention du burn-out), de développer la coordination entre professionnels de santé, d'assurer des missions de santé publique (information, prévention, alerte sanitaire, pharmacovigilance...), d'accorder plus de temps à l'écoute et à la prise en charge qualitative de chaque patient...

Quant à la méthode choisie, elle repose sur deux axes principaux :

- Confiance renouvelée en la démocratie directe et développement du syndicalisme participatif s'appuyant sur les nouvelles technologies de communication ;
- Dialogue et synergie avec l'ensemble des forces qui œuvrent pour la reconnaissance, la valorisation et la qualité de la Médecine Générale.



GARDER CONTACT - ADHERER

www.snjmg.org

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

N'hésitez pas, nous sommes là pour ça !



M.A.C.S.F.

Notre vocation, c'est vous

Mutuelle Assurance Ecologie Financement



BANQUE
POPULAIRE

Macéo éditions



GROUPE
PASTEUR
MUTUALITE



Jeunes Médecins : votre assurance

- PRÉVOYANCE
- ASSURANCE VIE
- COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
- HABITATION / AUTO.
- ASSURANCE DE PRÊT
- RESPONSABILITÉ CIVILE
et PROTECTION JURIDIQUE
PROFESSIONNELLES

CONÇU
PAR ET POUR
LES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ



Offre spéciale JEUNES MÉDECINS

jusqu'à **50% de réduction***

*Offre soumise à conditions sur les contrats Santé, Prévoyance et Responsabilité Civile Professionnelle



Retrouvez toutes les informations
sur les ANaJMG sur le site

anajmg.fr

AGMF-Prévoyance

34, boulevard de Courcelles - 75809 PARIS cedex 17 - Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité - N° 775 666 340

www.gpm.fr

LA FHF RÉUNIT
PLUS DE
1 000 HÔPITAUX
ET
**1 000 STRUCTURES
MÉDICO-SOCIALES**



WWW.FHF.FR >
OFFRES D'EMPLOI

PLUS DE 30 000
OFFRES D'EMPLOI
ET PLUS DE 15 000 CV

LA RUBRIQUE
OFFRE D'EMPLOI
PERMET AUSSI
L'ACCÈS A UN
ESPACE CANDIDAT



**ANNONCES DE
RECRUTEMENT** → → →

Pour votre avenir professionnel...

MISEZ SUR LE SUD CHARENTE !

Pour des soins accessibles à tous et de qualité

Un territoire qui prend soin de sa santé

Initié en 2009, le **réseau territorial de santé** mobilise les élus et les professionnels qui travaillent en concertation pour améliorer l'accès aux soins des habitants. Cette collaboration aboutira prochainement à la création de deux **maisons de santé**, à Chalais et à Blanzac (cf. carte). Ces structures labellisées par l'ARS permettront au **pôle de santé** initié par les professionnels regroupés en association pluridisciplinaire de continuer à se développer.

Un patrimoine et un paysage à découvrir

Les vignobles, les terres de landes boisées et les collines aux confins du Périgord dessinent un pays où se mêlent **traditions gastronomiques** (pineau, cognac, confits, ...) et activités artisanales et agricoles. Le Sud Charente, c'est aussi la présence d'un riche patrimoine historique marqué par l'**Art Roman** et des **événements d'envergure nationale** comme le Jumping International de Chalais ou le Championnat d'Europe de montgolfières.

Une élue engagée

Danièle BOISSEAU,
Vice-présidente du Pays Sud Charente en charge de la santé

«Avec nos partenaires, notre territoire s'organise pour accueillir de nouveaux médecins. L'engagement des élus et des praticiens se révèle dans leur volonté à travailler ensemble pour, à terme, créer des maisons de santé.»

Un médecin mobilisé

Dr Pierre VERNIOLLE,
Médecin Généraliste à Chalais et président de l'association des professionnels de santé

«En Sud Charente, on conserve pleinement le statut de médecin de famille. Cela permet de soigner du nourrisson au grand-père, de pratiquer des actes médicaux diversifiés et de bénéficier d'un réseau de santé avec de bonnes relations entre tous les professionnels.»

Une figure locale

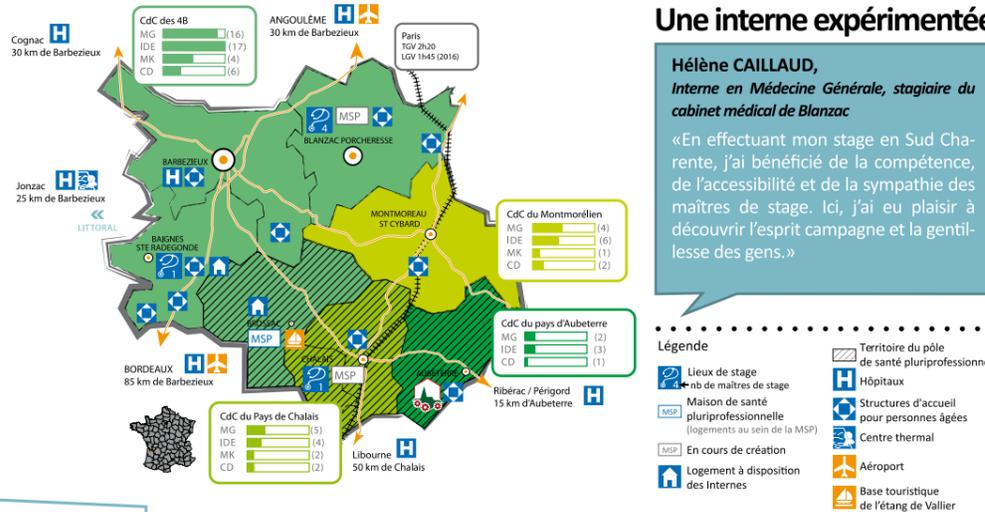
Yves LECOQ,
Humoriste

«De retour sur mes terres ancestrales de Charente, je m'autorise un crochet par Chalais pour m'enraciner un peu plus ici et espère que le médecin en fera autant pour que je puisse y vivre jusqu'à 100 ans !»

Une interne accueillie

Christelle BILLET,
Interne en Médecine Générale

«A mon arrivée, j'ai découvert le dynamisme, la volonté et la passion des gens à faire évoluer leur métier et à rendre la santé accessible à tous. Cette mobilisation et le charme de la région sont les atouts formidables qui m'incitent à venir m'installer en Sud Charente.»



Une interne expérimentée

Hélène CAILLAUD,
Interne en Médecine Générale, stagiaire du cabinet médical de Blanzac

«En effectuant mon stage en Sud Charente, j'ai bénéficié de la compétence, de l'accessibilité et de la sympathie des maîtres de stage. Ici, j'ai eu plaisir à découvrir l'esprit campagne et la gentillesse des gens.»

La qualité de vie avant tout !

L'attrait touristique du Sud Charente, la présence de nombreuses associations et le dynamisme des collectivités locales contribuent à la diversité des équipements et des **activités culturelles et sportives**. Théâtre, cinéma, bibliothèque, équitation, natation ou encore golf, vous trouverez facilement l'activité de loisirs qui vous convient. Tout cela, dans une ambiance où le soleil est souvent de la partie.

La vie quotidienne est facilitée par la présence de **services de proximité** (commerces, écoles, ...) accessibles sur l'ensemble du territoire. Les communes sont particulièrement attentives à l'**accueil des enfants** pour lesquels elles conçoivent des programmes d'éveil et d'animation (ateliers, spectacles, formations). Le site Internet de la Caisse d'Allocation Familiale (www.mon-enfant.fr) vous permettra de trouver la structure d'accueil adaptée à vos besoins.

Contacts

Association de professionnels de santé
Docteur Pierre VERNIOLLE, président (médecin généraliste)
05.45.98.29.04
pverniol@hotmail.fr

Pays Sud Charente
Stéphane TINNES-KRAEMER, animateur santé
05.45.98.18.52
sante@pays-sud-charente.com
www.pays-sud-charente.com

Association d'usagers "Soigner Ma Santé"
Docteur Marie-Thérèse BAUDET, présidente (retraîtée)
05.45.98.72.31
m.baudet@yahoo.fr



+ d'infos sur www.pays-sud-charente.com

...notre territoire s'organise pour vous accueillir

Ile-de-France

seine-saint-denis
LE DÉPARTEMENT

Vous êtes médecin ?

Le Département de la Seine-Saint-Denis recrute :

- DES MÉDECINS DE PMI
- DES MÉDECINS ÉVALUATEURS DU HANDICAP
- DES MÉDECINS AU SERVICE DES PERSONNES ÂGÉES
- STATUTAIRES OU CONTRACTUELS

Le Département recrute des **médecins** pour ses 117 centres de PMI et ses 55 crèches, et des **médecins évaluateurs du handicap** pour la MDPH. Vous pouvez opter pour un temps de travail plein ou un temps non complet cumulé avec une autre activité.

Pour les postes à temps complet :

- 35 heures par semaine et 37 jours de congés annuels.
- Développement Professionnel Continu (DPC)
- Possibilité de compte épargne temps.
- 1/10^{ème} du temps de travail hebdomadaire pour la formation.

www.seine-saint-denis.fr

CENTRE HOSPITALIER DE CARNELLE

Recherche

UN PRATICIEN ATTACHE ou PRATICIEN ATTACHE ASSOCIE

Etablissement public de SSR - Unité de soins de longue durée.

EHPAD de 202 lits dans le Val d'Oise à 35 km de Paris et 30 km de Pontoise.

Mission : accueil et prise en charge des patients en onco-hématologie (chimiothérapies/soins palliatifs), viroses chroniques (VIH/hépatites), polyvalent (handicaps pulmonaires et neurologiques), patients EVC-EPR et des personnes âgées dépendantes.

Participation possible aux gardes.

Profil : les médecins à diplôme étranger ayant réussi la PAE sont les bienvenus (service validant pour les internes de médecine générale).

Une formation est souhaitée dans l'un de ces domaines : médecine interne, infections VIH, antibiothérapie, oncologie, transfusion, nutrition.

Temps plein



Merci d'adresser votre candidature (lettre de motivation et CV) à Madame De Foucault
Directrice des Ressources Humaines - aldefoucault@ch-carnelle.fr - 01 30 35 52 04

CES, Réseau 1 de l'Assurance Maladie, recherche pour ses sites de Trappes (78) et Cergy (95)

2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES (H/F) TEMPS COMPLET

- Pour réalisation d'exams cliniques et actions de prévention dans le cadre d'un protocole type Examen de Santé Sécurité Sociale
- Chaque médecin aura en charge la responsabilité de son site
- CDI - Lundi au vendredi - Ni gardes ni astreintes - Mutuelle - TR
- Doctorat en Médecine et inscription à l'Ordre exigés - Dipl. Européen obligatoire - Débutant accepté
- Connaissances bureautiques souhaitées
- Déplacements ponctuels sur Paris (16) à prévoir
- Poste Trappes à pourvoir le plus rapidement possible
- Poste Cergy à pourvoir

• Envoyer CV au CENTRE IPC 6 rue La Pérouse 75116 PARIS ou e-mail : vacher@ipc.asso.fr



CES, Réseau 1 de l'Assurance Maladie, recherche pour son site de Mantes (78)

1 MÉDECIN GÉNÉRALISTE (H/F) TEMPS COMPLET

- Pour réalisation d'exams cliniques et actions de prévention dans le cadre d'un protocole type Examen de Santé Sécurité Sociale.
- CDD en remplacement d'1 congé maternité
- Lundi au vendredi - Ni gardes ni astreintes - TR
- Doctorat en Médecine et inscription à l'Ordre exigés - Dipl. Européen obligatoire - Débutant accepté
- Connaissances bureautiques souhaitées
- Déplacements ponctuels sur Paris (16) à prévoir
- Poste à pourvoir du 18/03/13 au 30/09/13

• Envoyer CV au CENTRE IPC 6 rue La Pérouse 75116 PARIS ou e-mail : vacher@ipc.asso.fr

Le Centre de Prévention "**Bien Vieillir - Région Alsace**"
à STRASBOURG (67)

RECHERCHE MEDECIN GENERALISTE

avec capacité de gériatrie, ou inscrit en capacité de gériatrie ou bénéficiant d'une expérience en gériatrie pour réalisation de bilans médico-psycho-sociaux

Doctorat en Médecine exigé
CDI - Temps partiel 1 jour hebdo
Poste à pourvoir le plus rapidement possible

Envoyer CV par mail à :
v.vacher@nerim.net
ou par courrier à IPC Etoile
6 rue La Pérouse 75784 PARIS CEDEX 16



Établissement Français du Sang



Dans le cadre du développement constant de son activité de prélèvement, l'Établissement Français du Sang - Alsace recherche pour son Département de Médecine Transfusionnelle du Haut-Rhin et du Bas-Rhin, basé à Colmar et à Strasbourg :

2 MEDECINS (H/F)

Votre mission consistera principalement, dans le cadre des collectes mobiles, à transmettre aux donateurs de sang bénévoles les informations médicales requises, à effectuer l'examen médical avant don et à veiller, dans son ensemble, au bon déroulement de la collecte. Vous serez responsable d'une équipe de prélèvements.

Vous contribuerez également à la fidélisation des donateurs et au développement de la qualité de la Médecine Transfusionnelle dans les Prélèvements.

Ces activités s'exercent dans le cadre d'un temps plein ou d'un temps partiel, du lundi au vendredi, pour une durée indéterminée. Les postes sont à pourvoir immédiatement.

Les médecins doivent remplir au minimum les conditions permettant d'obtenir la licence de remplacement.

Merci d'adresser votre candidature (CV et lettre de motivation) à notre Service Ressources Humaines - EFS-Alsace - 10 rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex ou par e-mail à julie.gimenez@efs-alsace.fr

www.etablissement-francais-du-sang.fr



Le **Conseil Général du Bas-Rhin**, acteur du développement social et territorial, au cœur d'une région cosmopolite à forte identité 3700 collaborateurs, plus de 150 métiers, des projets politiques ambitieux et territorialisés, résolument proches des citoyens et de leurs attentes. Une collectivité dynamique, à l'écoute de votre développement professionnel. **Rejoignez-nous et construisons ensemble les compétences de demain.**

NOUS RECRUTONS

DEUX MÉDECINS DE TERRITOIRE EN PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI) CHARGÉS DE :

- > L'**animation** et la **coordination** des missions de PMI
- > L'**encadrement** de l'équipe territoriale de PMI
- > La prise en charge des **missions d'éducation à la santé**
- > La réalisation d'un **diagnostic sanitaire du territoire**

UN MÉDECIN RÉFÉRENT AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES À DOMICILE :

- En binôme avec le médecin référent - hébergement, vos missions sont les suivantes :
- > L'**évaluation médico-sociale** dans le cadre de l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
 - > La **mise en œuvre et le suivi des dispositifs** pour les adultes vulnérables

- > L'**articulation** de l'ensemble des dispositifs locaux de coordination : ESPAS, MAIA,...
- > La définition et la mise en œuvre du **schéma gérontologique départemental**

UN MÉDECIN SPÉCIALISÉ EN SANTÉ PUBLIQUE (30 HEURES HEBDOMADAIRES) EFFECTUANT :

- > Le **suivi médical** des personnes en situation de précarité
- > L'accompagnement des travailleurs sociaux en tant que **référént médical**
- > La mise en œuvre des **actions de prévention médicale et d'éducation à la santé**
- > Le **suivi** de la cohérence de la **prise en charge** médico-sociale des usagers

Titulaire d'un **doctorat en médecine**, vous éprouvez de l'intérêt pour la coordination d'actions de santé publique. Vos capacités de travail en réseau et votre sens de la communication vous permettront de mener à bien les missions qui vous seront confiées.

Merci d'adresser avant le **7 mars 2013** votre lettre de candidature, accompagnée d'un curriculum vitae, à :

Monsieur le Président du Conseil Général
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
HÔTEL DU DÉPARTEMENT - PLACE DU QUARTIER BLANC - 67964 STRASBOURG CEDEX

Nous recherchons régulièrement des médecins, n'hésitez pas à nous adresser votre candidature.

La fiche de poste est accessible à l'adresse : www.bas-rhin.fr, rubrique > Services / Offres d'emploi.



www.bas-rhin.fr



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES DE VILLAINES-LA-JUHEL (53)

55 min de Paris en TGV par Le Mans (50 km du Mans).

Bassin de vie de 15 000 Habitants, « la ville à la campagne », tous commerces, tous services, une dynamique économique de près de 3000 salariés, un hôpital local, deux dentistes, une pharmacie, deux ambulanciers. L'association des professionnels de santé a débuté un travail de E-santé.

RECHERCHE CAUSE DÉPART EN RETRAITE

SON MÉDECIN GÉNÉRALISTE LIBÉRAL H/F

Exercice libéral, vous exercez en cabinet privé.

Pour son pôle de Santé Libéral Ambulatoire de Villaines la Juhel, bâtiment moderne, flambant neuf, et son satellite de Javron les Chapelles. Médecin généraliste diplômé inscrit au Conseil de l'Ordre.

Titulaire du Diplôme d'Etat de docteur en médecine spécialité médecine générale.

Près de 10 000 euros mensuels, un potentiel de développement intéressant.

Loyer du local professionnel 260 euros par mois.

Un appartement meublé est mis à la disposition du professionnel en contrepartie de l'acquittement des charges.

Au sein du pôle : un cabinet de 4 infirmiers, un laboratoire d'analyses médicales, deux podologues, un kinésithérapeute, une orthophoniste, un psychologue et de son satellite constitué d'un médecin, d'un ehpad, de deux infirmiers, un dentiste, une pharmacie.

Informations au 02 43 03 31 54.

Et sur le site de la Communauté de Communes www.cc-villaines-juhel.fr

VERONIQUE BOY

6, Boulevard Henri Dunant - BP NO 19 - 53700 VILLAINES-LA-JUHEL

LE CONSEIL GÉNÉRAL DE LA GIRONDE

RECHERCHE DES CANDIDATURES DE MÉDECINS

EVALUATEURS MDPH • EVALUATEURS APA • MÉDECINS DE PMI

Pour plus de renseignements, consulter la rubrique " offre d'emploi " de notre site internet (www.gironde.fr) et adresser votre candidature par courrier uniquement à :

Conseil Général de la Gironde
DRH/SRM - Esplanade Charles de Gaulle - 33074 BORDEAUX cedex



Établissement Français du Sang

DES TALENTS POUR LA VIE

Opérateur unique de la transfusion sanguine en France, l'Établissement Français du Sang est un établissement public de l'Etat qui regroupe 8700 salariés sur 213 sites. Recherche pour ses sites de Bourg en Bresse (01), Annemasse (74) et Annecy (74) des :

MÉDECINS DE PRÉLÈVEMENT (H/F)

Doté d'un excellent sens du contact, vous assurez l'information, la sélection médicale et la surveillance des donneurs de sang. Vous contribuez à leur fidélisation et relayez les actions de promotion des dons. Votre goût pour le management et les relations humaines vous permet d'animer l'équipe de collecte et de gérer le bon déroulement de la collecte.

Postes à pourvoir à temps plein ou temps partiel. Ils s'adressent à des docteurs en médecine inscrits à l'Ordre des Médecins.

Adressez-nous votre candidature sous ref. JMG à recrutement.ra@efs.sante.fr ou à EFS Rhône-Alpes - Direction des Ressources Humaines - 1390 rue Centrale Beynost - 01708 MIRIBEL Cedex - 04 72 71 25 10

www.etablissement-francais-du-sang.fr



Le Conseil Général des Pyrénées-Orientales recrute à la Direction Générale Adjointe des Solidarités / Maison Départementale Personnes Handicapées (MDPH).

Médecin H/F - Catégorie "A"

Sous l'autorité du responsable de la Mission évaluation des besoins et accompagnement des personnes, et en lien avec le coordonnateur des équipes pluridisciplinaires, vous êtes évaluateur référent des équipes pluridisciplinaires Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et évaluateur dans le champ de compétences de l'Orientation professionnelle (ORP-RQTH) et de l'Allocation adultes handicapés. En tant que médecin ressource de l'équipe pluridisciplinaire PCH, vous apportez votre expertise médicale et pratiquez les évaluations sur dossier et/ou en consultations. Vous assurez la coordination de l'évaluation médico-sociale de vos dossiers, garantissez la prise en compte des textes référentiels réglementaires et outils d'évaluation en vigueur, vous vous assurez de la traçabilité et de la motivation des propositions et décisions. Vous présentez les dossiers en Commission d'attribution des droits et de l'autonomie (CDPAPH). Vous contribuez à l'amélioration de la qualité des évaluations et du fonctionnement global de la MDPH et participez à des groupes de travail internes et externes (CNSA), au travail de partenariat et d'ouverture de la MDPH.

Diplômé de médecine générale ou spécialisée, vous savez travailler en équipe pluridisciplinaire médico-social, avez de bonnes capacités de synthèse et d'aptitude à la prise de parole en groupe.

Pour tous renseignements, contacter Madame Delphine PORREYE, Directrice de service MDPH, au 04 68 39 99 59, ou Monsieur Emmanuel CORRIGNAN, Responsable de la Mission Évaluation des besoins et accompagnement des personnes, au 04 68 39 99 47.

Merci d'adresser votre candidature (lettre de motivation + CV + diplôme ou arrêté de carrière + grille indiciaire) sous la référence N°13/26 à : drh.recrutement@cg66.fr avant le 13 mai 2013 ou par courrier à Conseil Général des Pyrénées-Orientales - Direction des Ressources Humaines - Hôtel du Département - 24 quai Sadi Carnot - 66906 PERPIGNAN Cedex.

orc.fr

DEPARTEMENT DE MAYOTTE

Direction Générale Adjointe Chargée de la Solidarité et du Développement Social
Direction de la Santé et de la Protection
Maternelle et Infantile



RECRUTE MEDECIN DE PMI



Missions du poste :

Il met en œuvre les actions d'ordre médico-social sur la circonscription au sein de laquelle il exerce ses fonctions. Il participe à la mise en place de la politique départementale de protection et de promotion de la santé de la famille et de l'enfance.

Activités principales :

- assurer des consultations médicales et des actions de prévention en faveur des moins de 6 ans dans le centre de protection infantile et en école maternelle
- organiser le suivi médico-social des enfants et participer à la protection de l'enfance (détection et signalement des

maltraitements, prise en charge des enfants en danger) ;

- contrôler les accueils périscolaires sur son secteur ;
- assurer des consultations prénatales
- assurer des consultations de planification familiale
- concevoir et piloter des actions collectives de promotion de la santé et collaborer au développement du partenariat institutionnel.

Le profil

- bonne connaissance de la politique départementale de PMI
- capacités d'analyse des besoins de santé sur un territoire
- aptitude à l'animation d'intervenants médicaux et médico-sociaux.

Monsieur le Président du Conseil général
Direction des ressources humaines et de la logistique
Conseil général de Mayotte - BP 101 - 97600 Mayotte
Tél : 02 69 64 90 00 - Mail : germ@cg976.fr

Madame le docteur Anna DAUBIGNEY
Directeur des services PMI
Tél : 02 69 64 32 87 ;
Mail : anna.daubigney@cg976.fr

Nom : Nom de jeune fille : Prénom : Date de naissance :
 Adresse :
 Code postal : Ville : Téléphone :
 E-mail : Fax :

SITUATION UNIVERSITAIRE ACTUELLE :

Faculté d'origine :
 Etudiant : TCEM 1 : TCEM 2 : TCEM 3 : Année de Thèse :
 Thésé (e) : Date : Faculté :

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE :

Joindre impérativement un justificatif (afin de justifier de notre représentativité professionnelle)

Plusieurs réponses possibles :

Remplaçant (e)
 Installé (e) Collaborateur Date d'installation/collaboration : Ville : Code postal :
 Fonction hospitalière : Hôpital Ville : Code postal :
 Interne de médecine générale Semestre : 1^{er} 2^e 3^e 4^e 5^e 6^e Stage chez le praticien SASPAS
 FFI Assistant Vacataire Praticien hospitalier depuis le Médecin salarié depuis le

La cotisation (elle ouvre droit à une RCP gratuite et à une prévoyance à taux préférentiel pour les non thésés) est fixée à :

7 € par mois en prélèvements automatiques (ou 84 € en un règlement unique)

NB 1 : la cotisation est réduite à 3,75€ par mois en prélèvements automatiques (ou 45 € en règlement unique) pour les internes, FFI et non thésés ainsi qu'aux conjoints d'adhérents au tarif plein

NB2 : la cotisation est de 84 €/an (ou 7 €/mois) minimum pour les adhésions de soutien (montant libre)

J'adhère au SNJMG. Au besoin, j'adresse par ce courrier les documents nécessaires aux prélèvements automatiques.
 Je recevrai au début de chaque année un justificatif de mon adhésion pour ma déclaration d'impôt. Le renouvellement de l'adhésion se fait par tacite reconduction.
 Fait à le Signature (et éventuel cachet)

A RETOURNER AU 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)

Demande 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 :

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RIB ET REMPLIR DEMANDE ET AUTORISATION

N'OUBLIEZ PAS DE TENIR COMPTE DE VOTRE REDUCTION D'IMPOT §... (30% de votre adhésion)

Créancier : SNJMG
 Syndicat National des
 Jeunes Médecins Généralistes
 33 avenue E. Vaillant
 92150 SURESNES

Créancier : SNJMG
 Syndicat National des
 Jeunes Médecin Généralistes
 33 avenue E. Vaillant
 92150 SURESNES
 N° National Emetteur 420728



OFFRE SPÉCIALE INTERNES

-50%
 sur votre complémentaire santé
 les 2 premières années d'adhésion

-30% les 3^e et 4^e années
-20% la 5^e année

**PARCE QUE VOUS ÊTES PLUS QU'UN MÉDECIN,
NOUS NOUS ENGAGEONS À ÊTRE PLUS QU'UNE MUTUELLE**

-50%
 sur votre complémentaire santé
 les 2 premières années

*Offre réservée aux Médecins installés depuis moins de deux ans.

**OFFRE SPÉCIALE
NOUVEAUX INSTALLÉS***





Créez gratuitement vos propres réseaux et rejoignez un grand nombre de réseaux de la santé



Communiquez avec de nombreux contacts



Recherchez des offres de recrutement et constituez votre nouveau plan de carrière



Gérez en toute liberté les informations de votre profil

MÉDICAPÉDIA

SANTÉ PUBLIQUE

Informez-vous grâce à la base de connaissances et participez à son enrichissement en devenant rédacteur

Réseau Pro Santé est une plateforme sociale dont l'intérêt est de susciter l'échange et de faciliter le quotidien des professionnels de la santé, en proposant divers services allant de la création de réseaux, à la recherche d'offres de recrutement, à la consultation et l'enrichissement d'une base de connaissances.



**Rejoignez le réseau en vous
inscrivant gratuitement sur
www.reseauprosante.fr**