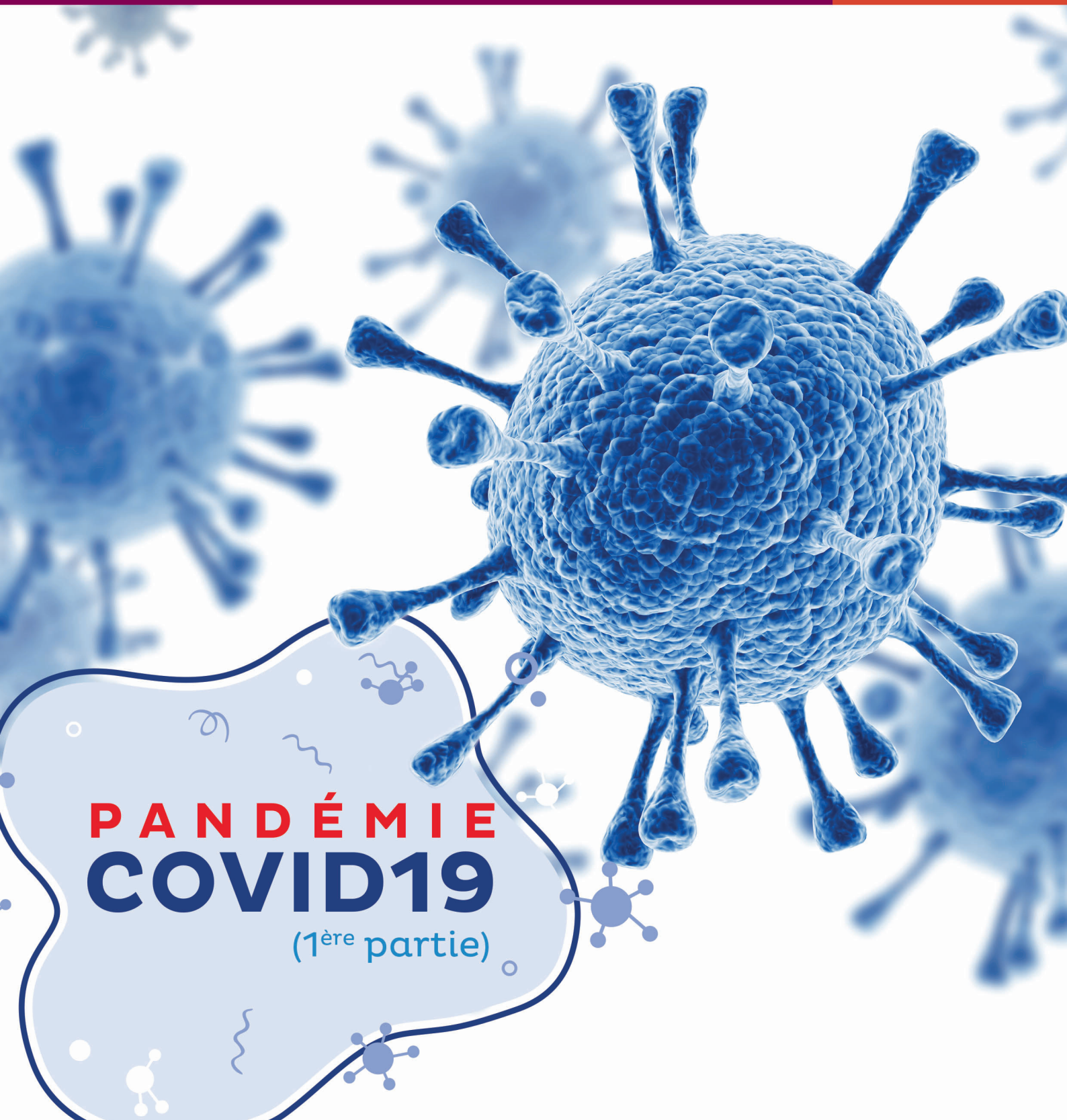


JEUNE **M**MG

Le Bulletin des Jeunes Médecins Généralistes

Snjmg

N°27
Août 2020



PANDÉMIE **COVID19** (1^{ère} partie)



INTERNÈS L'ANNÉE S'ANNONCE BIEN!



* Voir conditions en agence.

lamedicale.fr



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

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

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

SOMMAIRE

ÉDITORIAL

P. 05

ACTUALITÉS

P. 06/13

Conseil de l'Ordre et Liberté d'expression

Respect des patient.es et indépendance médicale au cœur des actions du snjmg

Février 2020 : Première manifestation de censure syndicale exercée par le conseil de l'ordre des médecins

Changement de ministre de la Santé

Ministère de la santé : de la relativité des priorités...

Pandémie CoViD-19 (1^{ère} partie)

Article introductif au dossier Coronavirus

La ligne de conduite du SNJMG face à la pandémie

Chronologie - 1^{ère} partie : De novembre 2019 à avril 2020

Internat - Billet de blog

Qu'elle voie avec son médecin traitant !

EXERCICE PROFESSIONNEL

P. 14/38

Thèse

Dysfonctionnements en Médecine Générale : Enquête par Questionnaire autour d'un Événement Indésirable Associé aux Soins auprès de Médecins Généralistes

Article scientifique

Ulcère de Jambe (UDJ) : Prise en charge en médecine générale

Question Juridique

Le contrat entre un médecin et une clinique privée est-il un contrat d'exercice libéral ou un contrat de travail ?

Santé

Les écrans et ses conséquences néfastes sur les enfants

De quelle manière le médecin peut-il intervenir pour améliorer des dérives importantes au sein de certaines familles ?

ANNONCES DE RECRUTEMENT

P. 40/47

JEUNEMIG

N°27

Août 2020





De l'automne 2019 à l'été 2020, le Bureau National du SNJMG s'est impliqué dans plusieurs dossiers importants pour les jeunes médecins généralistes mais aussi pour le système de santé.

Le numéro de printemps 2020 de JeuneMG était consacré aux mouvements de grève concernant les personnels hospitaliers et les internes de Médecine Générale.

Ce numéro d'été 2020 revient sur nos démêlés avec le Conseil de l'Ordre des médecins, suite à sa réaction pathétique au rapport de la Cour des Comptes et à sa faible réaction aux messages racistes et/ou sexistes postés sur le groupe Facebook du Divan des médecins.

Et bien sûr, après un premier article sur les masques dans le numéro précédant, cette revue JeuneMG est consacrée à la pandémie CoVID19. Il ne s'agit que d'une première partie, presque un prologue, car il y a beaucoup de choses à dire sur le sujet. Nous les aborderons en détail dans le numéro d'automne...

Benoît BLAES

Président du SNJMG

Organigramme du
SNJMG

Président : Benoît BLAES

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

Trésorière : Sayaka OGUCHI

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

Chargé de missions réseaux sociaux et communiqués de presse :

Pierre MARTIN (membre associé)

Chargée de missions Formation Thèses : Aurélie TOMEZZOLI

Indépendance professionnelle & Réseaux sociaux : Emmanuelle LEBHAR

Chargé de mission « Privés de Thèse » : Arnaud DELOIRE

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

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

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

Chargé de missions « Partenariats » : Procope PANAGOULIAS

Secrétaire Administrative et Commerciale : Frédérique JACQUART

N°ISSN : 1243-3403

N° de commission paritaire : 74148

Régie publicitaire :

Reseauprosante.fr

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

Tél : 01 53 09 90 05 | contact@reseauprosante.fr | reseauprosante.fr

Imprimé à 2100 exemplaires. Maquette et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire.

Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

→ Conseil de l'Ordre et Liberté d'expression

Respect des patient.e.s et indépendance médicale au cœur des actions du SNJMG

Publié le mardi, 4 février 2020, dans la catégorie Communiqués de Presse

Impliqué depuis le 14 novembre 2019 dans la mobilisation pour l'hôpital et le système de santé et depuis le 10 décembre dans la mobilisation des internes en médecine et pharmacie, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) reste attentif à d'autres dossiers professionnels comme la promotion de la transparence et de l'indépendance médicale ainsi que la lutte contre les discriminations en médecine.

C'est ainsi que le SNJMG est intervenu sur deux sujets hautement polémiques : le rapport de la Cour des Comptes sur l'Ordre des Médecins et les articles de presse concernant le groupe Facebook « le divan des médecins ».

Quand le rapport de la Cour des Comptes sur l'Ordre des Médecins a été publié, le Bureau National du SNJMG a été choqué par les faits rapportés et désagréablement surpris par la réaction de l'Ordre qui s'est mobilisé pour contester ce rapport (« sur le fond comme dans la forme ») sans la moindre considération pour les faits dénoncés.

Quand un premier article du Nouvel Observateur attestant de la diffusion de messages non déontologiques sur le groupe « divan des médecins » a été publié, le Bureau National du SNJMG est intervenu, conformément à la philosophie du syndicat et aux discussions de sa dernière Assemblée Générale concernant les discriminations en médecine, pour dire sa réprobation vis-à-vis des messages incriminés et pour rappeler que « Racisme, homophobie, sexisme ou jugements de valeur sur les patient.es n'ont aucune place dans une discussion entre soignant.es ».

Alors que cette affaire ne provoquait que des promesses orales d'action de la part du Conseil de l'Ordre mais que celui-ci publiait en quelques heures un communiqué de presse pour annoncer une action en référé contre le site internet arretmaladie.fr, le Bureau National du SNJMG a décidé de participer, à l'occasion de la cérémonie de vœux du CNOM le 09 janvier 2020, à une action commune avec le SMG et le MIOP, demandant une réforme profonde ou un démantèlement complet de cette institution.

Après avoir réouvert (depuis la dernière AG) la discussion à ce sujet avec ses adhérents, le SNJMG réitère sa condamnation des propos non déontologiques qui peuvent être tenus par des soignants sur les réseaux sociaux. Par ailleurs, le SNJMG est attentif aux suites pratiques, notamment judiciaires, qui seront données aux faits recensés dans le rapport de la Cour des Comptes et propose, dès à présent, à toutes les personnes et structures intéressées, à commencer par les membres du Conseil de l'Ordre, de travailler conjointement à une profonde réforme de l'institution ordinale, en alternative à un démantèlement complet.

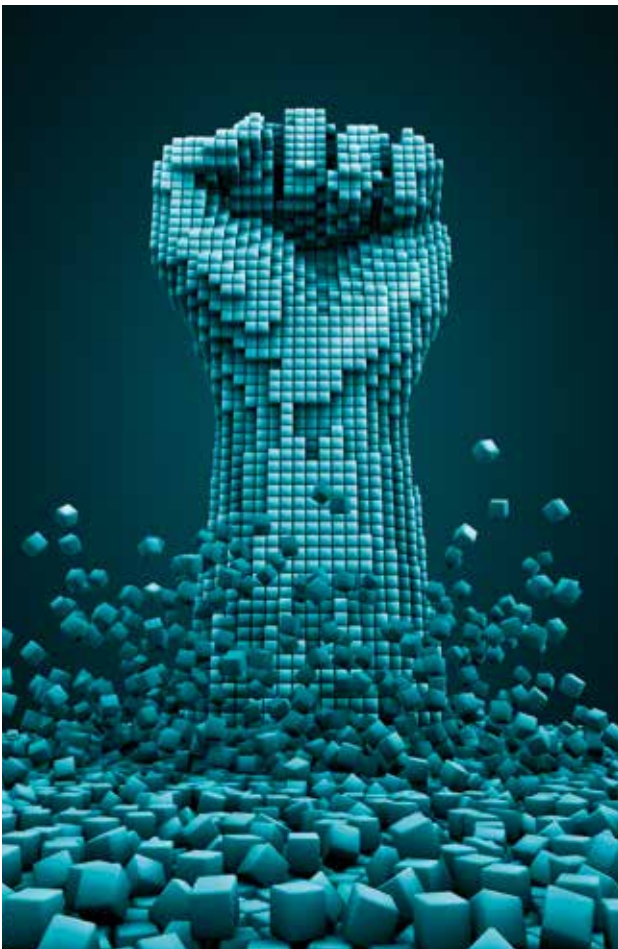
Le SNJMG

Février 2020 : Première manifestation de censure syndicale exercée par le conseil de l'Ordre des médecins

Publié le vendredi 7 février 2020, dans la catégorie Communiqués de Presse

Le 5 février 2020, les représentants du Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) se sont rendus à l'invitation du Conseil de l'Ordre des Médecins à une réunion de la Commission jeunes médecins dont ils sont statutairement membres.

Une fois entrés dans le hall, ils ont été accueillis par la présidente de la Commission qui a demandé des excuses pour la manifestation de désaveu de l'Ordre à laquelle avait participé le SNJMG aux côtés du SMG et du MIOP à l'occasion de la cérémonie de vœux du président de l'Ordre. Les trois organisations entendaient s'élever contre les dénégations de l'Ordre vis-à-vis des observations portées par la Cour des Comptes.



Refusant de renier les convictions de leur syndicat, les représentants du SNJMG n'ont présenté aucune excuse : ils ont été immédiatement « invités » à quitter les lieux. Plus tard, le Conseil de l'Ordre mettait à jour la page "commission jeunes médecins" de son site internet en supprimant le SNJMG des membres statutaires. Puis, le Conseil de l'Ordre expliquait sur Twitter que le SNJMG « en choisissant d'adopter une posture de confrontation virulente, a lui-même fait le choix de s'exclure du dialogue au service des jeunes médecins ».

En excluant, de son seul fait, un syndicat d'une commission paritaire sous prétexte que ce syndicat contestait trop bruyamment sa gouvernance, le Conseil de l'Ordre s'est illustré par un geste historique de censure syndicale.

Le Conseil de l'Ordre aurait voulu confirmer au grand jour les observations de la Cour des Comptes à propos d'une organisation « peu représentative des médecins en activité » avec « une gouvernance fermée », qu'il ne s'en serait pas pris autrement... En tous cas, les réels efforts d'évolution de l'institution de ces dernières années se sont évanouis en quelques instants avec cette manifestation d'autorité !

Malgré tout, le SNJMG, fidèle à sa tradition de co-construction d'un système de santé solidaire et efficient, renouvelle sa proposition de travail avec toutes les personnes et organisations de bonne volonté, à commencer par les usager.es du système de soins et l'Ordre des médecins lui-même, pour transformer radicalement cette institution.

Le SNJMG

→ **Changement de ministre de la Santé** **Ministère de la santé : de la relativité des priorités...**

Publié le mardi, 18 février 2020, dans la catégorie Communiqués de Presse

Invitée vendredi matin, 14 février 2020, sur France Inter, à l'occasion d'une nouvelle journée de mobilisation des personnels hospitaliers et des internes de médecine et de pharmacie, Mme Agnès Buzyn, a été interrogée sur les rumeurs concernant son engagement dans la campagne municipale de Paris. C'est avec un évident bon sens qu'elle a répondu : « Je ne pourrai pas être candidate aux municipales. J'avais un agenda très chargé, j'ai beaucoup de réformes dans le ministère, et s'est rajouté un surcroît de travail avec la crise du coronavirus, qui, aujourd'hui, m'occupe énormément. ».

Mais finalement, dimanche 16 février 2020, Mme Buzyn annonçait son départ du ministère de la Santé et sa candidature à la mairie de Paris...

A l'occasion de son départ du ministère de la Santé, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) porte à son crédit le déremboursement de médicaments n'ayant jamais donné de preuve scientifique d'une réelle efficacité thérapeutique, comme les anti-Alzheimer et les produits homéopathiques. Pour autant, cette même ministre a accepté le quasi doublement du prix de la vaccination anti-grippale en l'absence de toute justification scientifique.

Cet écart de comportement n'est pas sans évoquer le problème de la gestion des liens d'intérêts pour cette ancienne chef de service qui, avant d'être ministre, avait fait une déclaration singulière pendant l'affaire du Mediator : « L'industrie pharmaceutique joue son rôle, et je n'ai jamais crié avec les loups sur cette industrie. Il faut expliquer que vouloir des experts sans aucun lien avec l'industrie pharmaceutique pose la question de la compétence des experts. ».

Il est ainsi possible d'évoquer pendant son passage au ministère de la Santé, la nomination de personnes passées par l'industrie pharmaceutique, le recours à des conseillers ou à des chargés de mission faisant l'aller-retour avec des responsabilités dans des syndicats médicaux (parfois les cumulant), sans oublier la défense de son haut-commissaire à la réforme des retraites, Jean Paul Delevoye, avant qu'il ne fut contraint à la démission.

Sur les questions sociétales et de santé publique, le SNJMG a apprécié son engagement dans l'accès à la PMA pour toutes et dans une politique incisive contre le tabagisme. Malheureusement, elle a été plus discrète sur l'alcoolisme.

Elle a été également la ministre de la Santé qui a validé le fichier Hopsyweb et son rapprochement avec le fichier sur les signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste. Et elle est aussi la ministre de la Santé qui a restreint l'accès aux soins des étrangers vulnérables.

Enfin, Mme Buzyn quitte le ministère de la Santé en laissant en chantier le projet présidentiel MaSanté2022 et sans dire un mot sur le très sévère rapport de la Cour des Comptes consacré à l'Ordre des médecins ni même sur l'acte de censure exercée par ce même Conseil de l'Ordre sur un syndicat médical (en l'occurrence, le SNJMG) qui osait manifester ses critiques sur la base de ce rapport.

Mme Buzyn partie pour une aventure électorale, il revient désormais à un autre médecin hospitalo-universitaire, le Dr Olivier Veran, de prendre en charge les responsabilités de ce grand ministère.

Au ministère de la Santé, les personnes changent mais les problèmes demeurent et le SNJMG est disponible pour participer à toute concertation que le nouveau ministre entend mener... à commencer, bien entendu, par tout ce qui concerne l'hôpital et les internes de médecine et de pharmacie.

→ Pandémie CoViD-19 (1^{ère} partie)

En Janvier 2020, quand le SNJMG a mis en place sa veille concernant le nouveau coronavirus, il voulait, sans verser dans le catastrophisme, se garder de toute réaction de mépris ou de négligence vis-à-vis de la crise sanitaire apparue en Chine... mais il était loin d'imaginer ce qui allait se produire ensuite...

Vu les multiples enjeux (bien au-delà du cadre sanitaire, pourtant majeur) de cette pandémie, le SNJMG a tenu à intervenir régulièrement pour défendre les valeurs qu'il promeut, et notamment : un système de santé solidaire, une Médecine Générale de qualité accessible à tout le monde, et un exercice valorisant et sécurisant pour les jeunes médecins généralistes.

Nous allons aborder dans cette première partie de dossier (difficile de parler de tout en une seule fois, ndlr) la ligne de conduite du syndicat et un rappel de la chronologie des événements avant le début du déconfinement.

La ligne de conduite du SNJMG face à la pandémie

Vis-à-vis de la pandémie CoViD-19, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) maintient la ligne suivie le début de l'extension de la maladie en Chine (Mi Janvier 2020) et singulièrement depuis le passage au stade 2 en France (Fin février 2020) : informer plutôt que communiquer, protéger plutôt que contraindre et accompagner plutôt que contrôler.

Ainsi, le SNJMG a d'abord mis en place un service d'informations médicales et professionnelles pour (jeunes) Médecins Généralistes et dénoncé les propos et actes racistes anti asiatiques.

Quand le gouvernement a été contraint de recourir à des mesures drastiques, le SNJMG ne s'est pas associé **au recours en Conseil d'Etat** des organisations de jeunes médecins (recours soutenu par l'Ordre des Médecins) demandant un confinement total mais il a proposé directement au ministère de la Santé un ensemble de propositions concrètes, médicales et sociales, privilégiant la solidarité.

Par la suite, à l'instar des organisations de défense des libertés et des droits de l'homme (comme la CNCDH, la LDH, Amnesty France...), **le SNJMG**

s'est mobilisé contre toute atteinte non motivée et/ou non proportionnelle aux droits fondamentaux dans le cadre de l'Etat d'urgence sanitaire.

Quand le gouvernement a proposé l'application Stopcovid, le SNJMG, sur les bases d'une **analyse** commune avec la Quadrature du Net, a réaffirmé **son opposition à cet outil** et demande aux (jeunes) médecins généralistes d'informer leurs patient.es du manque d'intérêt pratique et du danger symbolique de l'utiliser.

En revanche, le SNJMG a proposé un mini site d'information grand public, libre d'accès, sur les gestes barrières et les conditions pratiques du déconfinement et incite les (jeunes) médecins généralistes à le proposer à leurs patient.es.

Ensemble, nous pouvons maîtriser la pandémie sans recourir à la surveillance de masse ni aux contrôles policiers.

CHRONOLOGIE DE LA PANDÉMIE :

1^{ère} partie

2019

17 novembre . Premier cas détecté en Chine, à Wuhan (prononciation : wou-ran), dans la région du Hubei, d'une personne de 55 ans infectée par un virus inconnu.

30 décembre . Li Wenliang, ORL à Wuhan, prévient ses collègues des dangers de ce nouveau virus. Le lendemain, il est arrêté par la police et sommé de s'excuser.

31 décembre . La Chine informe de cas groupés (officiellement : 59 cas entre le 12 et le 29 décembre 2019 mais selon des sources indépendantes : plus de 250 cas entre mi-novembre et fin décembre) d'une infection respiratoire inconnue, en relation avec le Seafood Wholesale Market, le marché aux poissons de la ville de Wuhan (où sont aussi vendues diverses espèces d'animaux vivants). Aussitôt, Taiwan prend des mesures de quarantaine vis-à-vis des personnes arrivant sur son sol en provenance de la province chinoise du Hubei.



1^{er} janvier . Fermeture du Seafood Wholesale Market de Wuhan.

02 janvier . Ouverture d'une veille sanitaire en France par le CORRUS (Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales).

09 janvier . Premier mort officiellement confirmé à Wuhan. Identification du virus responsable : un nouveau variant de coronavirus.

12 janvier . La Chine partage la séquence génétique du virus.

13 janvier . Premier cas officiel (importé) hors de Chine (Thaïlande).

15 janvier . Le SNJMG ouvre sur son site Internet une veille informative sur le nouveau coronavirus.

17 janvier . Protocole de test diagnostique publié par l'OMS et réalisé en Allemagne.

20 janvier . La Chine confirme la transmission interhumaine de la pathologie.

21 janvier . Premier cas officiel aux USA (Seattle). En France, la ministre de la Santé Agnès Buzyn, lors d'un point de presse, juge que « le risque d'introduction en France est faible mais ne peut pas être exclu, d'autant qu'il y a des lignes aériennes directes avec Wuhan ». Elle ajoute : « Notre système de santé est bien préparé, professionnels et établissements de santé ont été informés ».

22 janvier . Le comité d'urgence de l'OMS reconnaît « l'urgence de la situation ». Obligation du port du masque à Wuhan.

23 janvier . Début du confinement à Wuhan. Suspension des liaisons aériennes Paris-Wuhan.

24 janvier . Trois premiers cas (importés de Chine) sont recensés en France, les premiers en Europe. La ministre de la Santé Agnès Buzyn déclare : « Le risque d'importation depuis Wuhan était modéré. Il est maintenant pratiquement nul, puisque la ville, vous le savez, est isolée. Les risques de propagation dans la population [française] sont très faibles ». (NB : l'analyse des mutations génétiques du virus démontrera plus tard que le coronavirus circulait sur le territoire français déjà à bas bruit en janvier 2020 parmi des personnes asymptomatiques ou paucisymptomatiques).

25 janvier . La région entière de Hubei, soit près de 60 millions d'habitants, est placée en quarantaine. Premier cas officiel en Océanie (Australie).

26 janvier . La Chine annonce que des malades asymptomatiques peuvent transmettre le virus. En France, la ministre de la Santé Agnès Buzyn rassure sur le stock de masques : « Nous avons des dizaines de millions de masques en stock en cas d'épidémie, ce sont des choses qui sont d'ores et déjà programmées. Si un jour nous devons proposer à telle ou telle population ou personne à risque de porter des masques, les autorités sanitaires distribueraient ces masques aux personnes qui en auront besoin ».

28 janvier . Premier cas officiel de contamination entre individus en Europe (Allemagne). L'Union européenne active son dispositif de crise, qui vise principalement à partager les informations entre États membres.

29 janvier . Louis Gautier, ancien secrétaire général de la défense et de la sécurité nationale (SGDN), confie à L'Obs : « Je ne comprends pas : pourquoi n'ont-ils pas encore déclenché le plan pandémie ? On perd un temps précieux ! »

30 janvier . L'OMS déclare « l'urgence de santé publique de portée internationale » (USPPI). « Cette déclaration n'est pas due à ce qui se passe en Chine, mais à ce qui se passe dans les autres pays, comment le directeur général de l'OMS. Notre plus grande préoccupation est la possibilité que le virus se propage dans des pays dont les systèmes de santé sont plus faibles ». Si l'OMS « s'oppose à toute restriction aux voyages », l'Italie suspend ses vols avec la Chine. En France, la Direction générale de la santé (DGS) demande à l'agence Santé publique France d'acquiescer « dès que possible » 1,1 million de masques FFP2.

31 janvier . Premier rapatriement par avion de Français présents à Wuhan, avec organisation de mises en quatorzaine dans le sud de la France (région PACA). Marie Fontanel quitte son poste à l'Élysée de conseillère solidarité et santé d'Emmanuel Macron pour s'installer à Strasbourg, où son époux est le candidat LREM à l'élection municipale. Elle ne sera remplacée que le 1^{er} mars 2020.



1^{er} février . Tous les pays de l'espace Schengen, sauf la France, suspendent les visas avec la Chine.

03 février . Dans le document « Préparation stratégique et plan de réponse », l'OMS écrit : « Tous les pays sont exposés au risque et doivent se préparer ». L'OMS rappelle la nécessité de gérer l'approvisionnement et les chaînes logistiques, entre autres, de matériels médicaux.

05 février . Un article de Science évoque le risque de pandémie et de surcharge des réanimations devant le nombre de cas graves.

06 février . Li Wenliang, infecté par le coronavirus, meurt dans un hôpital de Wuhan.

07 février . Nouvelle demande de la DGS à SPF. Il s'agit cette fois d'acquiescer 28,4 millions de FFP2, à travers « une procédure accélérée d'achat ».

08 février . Cinq nouveaux cas d'infection sont détectés en France dans un chalet des Contamines-Montjoie (Haute-Savoie). « Le cas initial nous a été signalé hier soir. Il s'agit d'un ressortissant britannique de retour de Singapour où il avait séjourné du 20 au 23 janvier », explique Agnès Buzyn. « L'ensemble des cas positifs et les contacts de ce ressortissant britannique, tous de nationalité britannique, ont été hospitalisés cette nuit dans trois hôpitaux à Lyon, Saint-Étienne et Grenoble », a précisé la ministre. Les autorités retracent les contacts étroits de ces personnes.

10 février . Le Président des USA, Donald Trump, annonce la fin de l'épidémie d'ici 2 mois : « Bon, ce virus, il y a plein de gens qui pensent qu'il disparaîtra en avril avec la chaleur, avec le retour de la belle saison. D'habitude, ça s'en va en avril. En attendant, on gère très bien. On n'a que douze cas. Onze, et la plupart se sont rétablis ».

12 février . Sur les 28,4 millions de masques commandés, SPF n'en a reçu que 500 000 et en a commandé 250 000 autres, pas encore livrés.

14 février . Premier cas officiel en Afrique (Égypte). Premier mort en France (un touriste chinois, âgé de 80 ans), le premier hors d'Asie.

16 février . Agnès Buzyn démissionne du ministère de la Santé pour prendre la tête de liste de la campagne municipale LREM à Paris. Elle est remplacée par Olivier Véran.

17 février . Début du rassemblement évangélique de l'Église Porte ouverte chrétienne à Mulhouse, qui a réuni de 2 000 à 2 500 personnes jusqu'au 21 février.

18 février . Olivier Véran sur France Inter : « La France est prête car nous avons un système de santé extrêmement solide ».

21 février . Premières mesures de confinements en Italie, dans la région de Codogno, en Lombardie.

22 février . Le directeur général de l'OMS avertit que « la fenêtre d'opportunité pour contenir l'épidémie se rétrécit ».

25 février . Premier décès officiel "non importé" en France : c'est un enseignant de Crépy-en-Valois et conseiller municipal de Vaumoise, dans l'Oise.

28 février . L'OMS appelle les États à agir vite : il faut « adopter une approche englobant l'ensemble du gouvernement et l'ensemble de la société. Ce n'est pas un travail pour le seul ministère de la Santé ». En France, le SNJMG publie une version développée de ses informations sur la gestion du CoViD-19 en Médecine Générale.

29 février . Réunion en France d'un conseil des ministres exceptionnel consacré à la crise du Covid-19... mais qui autorise également le recours au 49-3 pour faire passer sans vote le projet de loi de réforme des retraites en examen à l'Assemblée nationale. A la sortie du conseil, le ministre de la Santé annonce le passage au stade 2 de l'épidémie et l'annulation des manifestations de plus de 5.000 personnes dans des lieux fermés.

02 mars . Le directeur de l'OMS avertit : « Avec des mesures précoces et agressives, les pays peuvent arrêter la transmission et sauver des vies ».



DE NOVEMBRE 2019 À AVRIL 2020

2020

03 mars . En Grande Bretagne, lors d'une conférence de presse, le Premier ministre conservateur de 55 ans, Boris Johnson, fanfaronne : il a "serré la main à tout le monde" en visitant un hôpital où se trouvaient des malades du Covid-19. En France, sur proposition du président de la République, le Premier ministre réquisitionne par décret l'ensemble des stocks et productions de masques sur le territoire national "afin de préserver les ressources en masques de protection dans le cadre de la lutte contre le COVID-19".

04 mars . L'Italie compte 3 100 cas officiels d'infections et décide de la fermeture des écoles. Sibeth Ndiaye, porte-parole du gouvernement, sur France Inter : « On ne fermera pas toutes les écoles de France ».

06 mars . Emmanuel Macron et son épouse se montrent au théâtre. « Si on prend des mesures qui sont très contraignantes, ce n'est pas tenable dans la durée ». Les pharmacies reçoivent l'autorisation de fabriquer du gel hydroalcoolique, la pénurie se généralisant.

08 mars . Le président du Conseil italien Giuseppe Conte place en quarantaine les régions italiennes les plus touchées, avant d'étendre le lendemain le confinement à l'ensemble du pays.

09 mars . Rassemblements de plus de 1 000 personnes interdits en France.

10 mars . En France, création d'un conseil scientifique chargé de conseiller le président de la République sur la gestion de la pandémie (NB : quelques jours plus tard, le HCSP fait un communiqué rappelant que c'est sa mission). Tous les pays de l'Union européenne sont désormais officiellement touchés par le Covid-19.

11 mars . L'OMS déclare officiellement l'état de pandémie : « Nous sommes très inquiets par les niveaux de diffusion et de dangerosité, ainsi que par les niveaux alarmants de l'inaction de la communauté internationale », indique son directeur général. En France, le ministre de la Santé, Olivier Véran, annonce : « Les enfants ne constituent pas un public fragile, il ne faut donc pas avoir peur de les envoyer à l'école ». En revanche, il annonce l'interdiction de toutes les visites dans les Ehpad.

12 mars . Le matin, Jean-Michel Blanquer, ministre de l'éducation, déclare : « Nous n'avons jamais envisagé la fermeture totale des écoles. » Le soir, le président de la République annonce la fermeture des écoles, collèges, lycées et universités. Emmanuel Macron annonce également le maintien du premier tour de l'élection municipale : les scientifiques « considèrent que rien ne s'oppose à ce que les Français, même les plus vulnérables, se rendent aux urnes », assure-t-il, ce qui n'est pas ce que dit l'avis du conseil scientifique du 12 mars, qui précise que « cette décision éminemment politique ne pouvait lui incomber » (NB : il semblerait que le Président était personnellement favorable à l'annulation du premier tour mais qu'il a finalement cédé à la pression du Premier ministre, du président du Sénat et de responsables des différentes oppositions).



14 mars . Intervention en France du premier ministre Édouard Philippe pour annoncer le passage au stade 3 de l'épidémie et la fermeture à minuit de tous les lieux de regroupements non indispensables (cafés, restaurants, cinémas, discothèques...). Les magasins alimentaires, pharmacies, banques, bureaux de tabac, stations-essence restent ouverts.

15 mars . Premier tour des élections municipales en France. L'Espagne décide d'un confinement général.

16 mars . L'OMS insiste sur « un message simple : testez, testez, testez ! Isolez les personnes positives et remontez leurs chaînes de contacts ». L'Europe annonce la fermeture de ses frontières extérieures pour un mois minimum. En France, le président de la République, annonce pour le lendemain midi un confinement pour au moins 15 jours : « Nous sommes en guerre ». Il annonce également le report du second tour des élections municipales.

17 mars . Avant l'entrée en vigueur du confinement en France, plus d'un million de personnes ont quitté l'Île-de-France. Quant à la pénurie de masques, Olivier Véran se veut catégorique : « Nous avons assez de masques aujourd'hui pour permettre aux soignants d'être armés. Nous avons suffisamment de masques FFP2 pour faire face aux besoins hospitaliers et pour équiper les infirmières ou les médecins libéraux. ». De son côté, la porte-parole du gouvernement, Sibeth Ndiaye, précise : « Les Français ne pourront pas acheter de masque dans les pharmacies, car ce n'est pas nécessaire si l'on n'est pas malade ».

18 mars . Jean-François Delfraissy, président du conseil scientifique, reconnaît dans un entretien à France 2 que la stratégie adoptée par le pouvoir est une stratégie par défaut, adaptée à la pénurie de moyens (masques, tests) : le manque de tests est « un vrai problème ».

21 mars . L'Italie décide d'interrompre toutes les activités économiques non essentielles. L'Espagne fait de même une semaine après, le 28 mars. En France, le SNJMG publie une fiche synthétique sur la prise en charge des patients suspects de COVID-19, reprenant ses informations précédentes et les recommandations du HCSP et du Collège de MG.

22 mars . En France, adoption de la loi sur l'état d'urgence sanitaire qui autorise le gouvernement à gouverner par ordonnances jusqu'au 24 mai 2020.



23 mars . Le confinement est décrété pour trois semaines en Grande Bretagne. En France, un décret remplace celui du 3 mars sur la réquisition des masques : Si les masques produits sur le territoire national restent réquisitionnés jusqu'au 31 mai, il n'en n'est pas de même pour les masques importés. Au-delà d'une importation de 5 millions de masques par trimestre, une demande d'importation doit être adressée au ministère de la Santé, qui a alors 72 heures pour dire s'il réquisitionne partiellement ou totalement la commande. En l'absence de réponse dans ce délai, les masques ne pourront être réquisitionnés.

25 mars 2020 . En France, Sibeth Ndiaye, porte-parole du gouvernement déclare : « Il n'y a pas besoin d'un masque quand on respecte la distance de protection vis-à-vis des autres ». Le soir même, Emmanuel Macron visite l'hôpital de campagne de Mulhouse avec un masque FFP2 sur le visage.

27 mars 2020 . Dans un entretien à la revue Science, Georges Gao, qui dirige la plus haute autorité de santé en Chine, le Chinese Center for Disease, met en garde : « La grande erreur aux États-Unis et en Europe est, à mon avis, que la population ne porte pas de masque ». « Il faut porter un masque ».

Quatre pays d'Europe centrale (République tchèque, Slovaquie, Autriche et Slovénie) ont rendu le port du masque obligatoire dans l'espace public. En France, le premier ministre prolonge le confinement national au moins jusqu'au 15 avril.

30 mars 2020 . En France, le SNJMG rassemble toutes ses informations sur COVID-19 dans un mini site dédié.

1^{er} avril 2020 . En France, le premier ministre, Édouard Philippe, affirme qu'il n'y a « pas de preuve que le port du masque dans la population apporterait un bénéfice. Ce serait même plutôt le contraire, à cause d'une mauvaise utilisation ».

3 avril 2020 . En France, le directeur général de la Santé, Jérôme Salomon, déclare : « Si nous avons accès à des masques, nous encourageons effectivement le grand public, s'il le souhaite, à en porter ».

05 avril 2020 . En Grande Bretagne, le Premier ministre, Boris Johnson, infecté par le coronavirus est hospitalisé "à titre de précaution" : il passera 3 jours en soins intensifs et sortira d'hospitalisation le 12 avril 2020.

8 avril 2020 . En France, le ministre de la Santé, Olivier Véran, déclare dans un entretien au journal Le Monde : « Depuis le premier jour de la crise épidémique, nous avons décidé d'être dans l'anticipation, c'est-à-dire de disposer au moment opportun de tous les moyens possibles pour lutter contre la diffusion du virus ».

13 avril 2020 . En France, le Président de la République, annonce, si les conditions le permettent, la réouverture progressive des crèches, écoles, collèges et lycées et le début du déconfinement à compter du 11 mai 2020.

23 avril 2020 . Le Président des USA, Donald Trump, formule des hypothèses thérapeutiques : « Je vois le désinfectant qui le neutralise en une minute. Est-ce qu'on pourrait faire quelque chose comme ça, avec une injection à l'intérieur ou... ? (...) Ça serait intéressant de tester ça ».

26 avril 2020 . En France, un arrêté autorise la vente de masques dits « grand public » ou « alternatifs » dans les pharmacies.

28 avril 2020 . Le matin, le SNJMG publie un communiqué avec la Quadrature du Net pour s'opposer au projet d'application StopCovid. L'après-midi, le premier ministre Édouard Philippe présente le plan du gouvernement pour le 11 mai 2020 et le début du déconfinement. Mais il reporte le vote sur l'application StopCovid : « Je serais bien en peine de vous dire comment [l'application] fonctionne, et comment elle fonctionnera précisément. Les ingénieurs travaillent d'arrache-pied pour faire fonctionner ce projet, mais tant que ce n'est pas le cas, le débat est prématuré ».

30 avril 2020 . En France, le Pr Salomon, DGS, et Olivier Véran, ministre de la Santé, présentent la première carte indicative des départements en vue du déconfinement. Il apparaît qu'au moins trois départements soient l'objet d'erreurs de calculs...



➔ Internat - Billet de blog

Le SNJMG a sélectionné cet article pour le blog pour parler de l'internat de MG

Qu'elle voie avec son médecin traitant !

Madame Dupont est venue aujourd'hui avec son petit enfant fiévreux aux Urgences de l'hôpital. Cela fait trois jours et elle est inquiète. Finalement c'est une otite. Je lui donne l'ordonnance pour les médicaments. Il y avait aussi cette petite anomalie là, pas urgent mais qu'est-ce qu'on en fait ? Je revois avec mon médecin responsable, mon "senior" (c'est le terme consacré même s'ils ont souvent la trentaine), si elle peut rentrer à la maison.

"Oui, elle consultera avec son médecin traitant."

Son médecin traitant. Mais oui et souvent même j'entends "pourquoi n'est-elle pas allée voir son médecin plutôt ?"

Monsieur Duchmol est venu lui pour un problème qui traîne sur son bras, qui empire doucement depuis quelques mois. Maintenant cela commence à être infecté. Bon, qu'est-ce qu'on fait.

"C'est de la médecine générale ça ! Qu'il voie avec son médecin traitant."

Pour certains médecins urgentistes, c'est vraiment agaçant cette manie des gens de venir pour des problèmes de médecine générale.

C'est pourtant pas bien compliqué à la fin ! Tu ouvres le bottin, tu cherches "médecin généraliste" et tu as un médecin traitant ! Les gens sont bêtes ou quoi ? Ils ne font pas d'efforts. Par fainéantise, ils viennent attendre quatre heures aux Urgences.

Comme monsieur Duchmol qui est venu pour son problème dermatologique qui trainait depuis quatre mois. Il ne peut pas prendre un rendez-vous chez le dermato comme tout le monde ? En fait monsieur Duchmol aimerait faire ça mais il n'a pas un rond. On lui a dit qu'il avait droit à la CMU mais pour ça il faut une adresse, et il n'a pas d'adresse, et il n'arrive pas à faire les papiers, et ça traîne... Et puis même s'il avait réussi à faire les papiers pour avoir la CMU, malheureusement cela n'aurait pas été la fin de ses problèmes puisqu'un certain nombre de médecins refusent ce type de "profil".



Voir par exemple cet article de 2009 à propos de l'étude qui montrait qu'un quart des médecins parisiens interrogés refusaient les patients avec la CMU, ou encore l'étude du Défenseur des droits de 2017 à ce sujet dont je vous recommande la lecture.

Revenons à Madame Dupont qui a sa carte vitale à jour et pourtant n'a pas de médecin traitant. Allez, mettons-nous dans ses chaussures. Ludo est malade, elle habite dans le quartier depuis pas très longtemps. Elle ouvre les Pages Jaunes : "médecin généraliste". Elle appelle le premier.

Répondeur... "Pour prendre rendez-vous aller sur doctobib". Elle va sur doctobib. Motif de consultation : elle coche : "consultation de médecine générale" (et ne coche pas "épilation au laser"). Case suivante : "Etes-vous déjà patient du Dr Knock ?" Réponse : "non". Une fenêtre s'affiche : "le Dr Knock ne prend pas de nouveau patient." Bon. Prochain sur la liste... Elle en fait trois ou quatre. Le dernier lui propose une faveur : un rendez-vous dans deux jours. Elle regarde la tête de Ludo... Elle va aux Urgences.

Mais bizarrement les médecins semblent ne pas voir du tout la difficulté que peut représenter de trouver un médecin en ville. Bizarre bizarre comme c'est bizarre... Mais bien sûr, parce que quand vous êtes médecin, d'une part vous pouvez vous payer n'importe quel médecin secteur 2 avec dépassement d'honoraire, mais en plus, vous avez accès à un circuit parallèle direct ! On appelle son copain, son collègue, on demande au collègue du copain et au pire on lui envoie la photo par téléphone et on va se chercher les médicaments soi-même.

Si vous êtes médecin, vous ne vous retrouverez pas assis aux Urgences pendant quatre heures avec le petit Ludo sur les genoux pour une otite, forcément.

Quand on regarde chez nos pays voisins, en Suède, en Finlande ou en Espagne, on se rend compte que notre système ne va pas de soi. Par exemple en Catalogne, le système fonctionne avec des centres de santé pluriprofessionnels gérés par les pouvoirs publics et répartis sur le territoire en fonction du nombre d'habitants, ouverts 24h/24. Pour consulter, on prend rendez-vous sur le site public pour la journée même. On consulte sans avancer d'argent. Les vaccins sont disponibles sur place. Ce système a sûrement beaucoup de problèmes (par exemple une diminution d'effectifs récente qui fait que cet idéal marche moins bien ces derniers temps) mais dans l'idée cela semble tout de même plus proche de ce que devrait être un service public de soins primaires accessible à tous que notre système.

En bref, avant de reprocher aux patient.e.s d'avoir un comportement trop feignant, d'être "mal éduqués", de "venir pour rien" aux Urgences, comme on l'entend trop souvent, il y aurait pas mal d'autres questions intéressantes à se poser.

Billet de blog sélectionné par le SNJMG avec l'accord de l'auteur

Note : noms et cas inventés.

Un peu de lecture

- 🕒 L'étude du défenseur des droits sur les refus de soins et discriminations : « Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination ». Une analyse de discours de médecins et dentistes, Laboratoire LEPS – Université Paris XIII.
- 🕒 Article sur l'organisation des soins primaires dans différents pays : Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès (Prosper*/Irdes).

→ Thèse

Dysfonctionnements en Médecine Générale : Enquête par Questionnaire autour d'un Événement Indésirable Associé aux Soins auprès de Médecins Généralistes

Contexte : L'amélioration de la sécurité des soins est un enjeu de santé publique. L'une des techniques d'évaluation des pratiques professionnelles recommandées par l'HAS est l'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Tout médecin peut être confronté à des EIAS qui modifient sa pratique. Nous avons étudié comment les médecins changeaient leur pratique suite à un EIAS. L'objectif secondaire était d'étudier les freins à la discussion d'EIAS entre médecins.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive par questionnaire anonyme auprès de médecins généralistes d'octobre 2018 à mars 2019. Ce questionnaire cherchait à recueillir un EIAS vécu par le médecin et le changement occasionné dans sa pratique. Une deuxième partie comportait une échelle de Likert sur les freins à l'analyse des EIAS entre médecins. Enfin les EIAS ont été classés selon la grille CADYA.

Résultats : Nous avons recueilli 144 EIAS auprès de 145 médecins. 73 % des événements étaient considérés comme graves. Seulement 29 % des médecins avaient pris l'avis d'un confrère. Mais 85 % des médecins considéraient que l'EIAS avait eu un impact dans leur pratique. 42 % des EIAS sont dus à un dysfonctionnement dans le processus de soins (20 % dans la dimension cognitive : défaut de formation ou de synthèse et 17 % d'un problème de coordination des soins). 27 % des EIAS sont dus à un dysfonctionnement technique : 18 % dans le système d'information (défaillance du système de communication ou données erronées) et 8 % d'un facteur matériel (panne ou défaut d'usage). 23 % des EIAS sont liés à des facteurs humains (11 % liés au patient et 9 % liés au soignant). Les deux principaux freins à la discussion d'EIAS entre médecins sont le manque de temps et la culpabilité.

Conclusion : Adopter une démarche qualité avec évaluation des pratiques professionnelles est un enjeu pour l'avenir de la médecine générale. Les médecins généralistes sont volontaires pour se former à l'analyse d'EIAS. Le regroupement des médecins généralistes dans des maisons de santé pluridisciplinaires est un moyen de favoriser les initiatives locales.

Introduction

« *Errare humanum est, perseverare diabolicum* ».

La sécurité des soins est un enjeu majeur de santé publique. En 2013, le ministère de la santé en fait une priorité avec le Plan National Pour la Sécurité des Patients.

Depuis plusieurs années la médecine de premier recours a vu sa charge de travail augmenter. Le manque de médecins et l'augmentation des démarches administratives en sont responsables. Cette évolution s'accompagne de

judiciarisation croissante, et fait peser la menace de lourdes sanctions. Chaque praticien doit pouvoir justifier de ses actes par rapport aux recommandations. L'Evidence Based Medicine, impose des preuves scientifiquement démontrées.

En 2009, la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) instaure le développement professionnel continu (DPC) obligatoire pour tout professionnel de santé.

Son objectif est d'améliorer les pratiques professionnelles et d'actualiser les connaissances des soignants. L'une des orientations nationales du DPC de 2016 à 2018, récemment prolongées jusqu'à fin 2019, est l'amélioration de la sécurité des soins. Pour améliorer la sécurité des soins, il est nécessaire d'évaluer les pratiques professionnelles et l'organisation des soins. La Haute Autorité de Santé (HAS) propose comme démarche d'évaluation l'analyse des Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS). Elle publie en 2014 un guide méthodologique sur les Revues de Morbi-Mortalité (RMM) en médecine générale. Bien que ces RMM permettent de valider le DPC depuis 2012, cela reste des expérimentations ponctuelles et peu connues des praticiens. Or chaque médecin peut être confronté à un dysfonctionnement entraînant un EIAS.

L'objectif principal de ce travail est donc d'explorer comment les médecins généralistes évaluent leurs pratiques au quotidien en étudiant les dysfonctionnements associés aux EIAS. L'objectif secondaire est d'évaluer les freins à la discussion des EIAS entre médecins.

La notion d'événement indésirable apparaît dès les années 60. Antérieurement, il n'existe pas de définition consensuelle. Dans la littérature internationale, on retrouve plus de 20 définitions différentes. L'EIAS est souvent confondu avec l'erreur médicale ou l'effet secondaire des traitements ou l'aléa thérapeutique. Nous allons donc définir ces différents termes.

James Reason en 1993 définit l'erreur médicale comme une « séquence planifiée d'activités mentales ou physiques qui ne parviennent pas à atteindre l'objectif désiré, et quand ces échecs ne peuvent pas être attribués à l'intervention du hasard ».

L'erreur médicale est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans sa classification internationale pour la sécurité du patient. Elle se définit comme « une exécution non conforme d'un acte prévu ou l'application d'un plan incorrect qui peut se produire dans sa planification ou son exécution ».

C'est un phénomène complexe et inévitable lié à la nature humaine. Cela se distingue de l'infraction qui, elle, est volontaire, définie comme le non-respect délibéré des procédures, des normes ou des règles. Cette notion est cependant trop réductrice et culpabilisante, n'incluant que les erreurs directement imputables au praticien en lui assurant l'entière responsabilité.

Pierre Sargos, président de chambre à la Cour de cassation et spécialiste de la responsabilité médicale le définit comme « la réalisation, en dehors de toute faute du praticien, d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne peut être maîtrisé ».

En 2014 la HAS définit le IEAS comme :

« Un événement ou une circonstance associé aux soins, qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas ».

En 2007 l'OMS publie la Classification Internationale pour la Sécurité du Patient (CISP). Un événement indésirable y est défini comme « un incident qui entraîne une atteinte pour le patient ». Un incident relatif à la sécurité des patients est aussi décrit comme « un événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner, ou a entraîné, une atteinte inutile pour le patient ». Cette définition introduit le caractère évitable de l'événement indésirable associé aux soins.

En 2013 l'étude ESPRIT étudie au niveau national l'incidence des événements indésirables associés aux soins en médecine générale. L'un de ses objectifs est de définir, en soins primaires, un événement indésirable associé aux soins. Après une revue de la littérature, elle recense 5 définitions différentes d'EIAS parmi 24 publications.

Une étude qualitative par focus groups en a étudié l'acceptabilité et le caractère opérationnel pour la détection des EIAS. Cette nouvelle définition basée sur celle de l'OMS, fait consensus à l'international. Le groupe de travail y apporta deux modifications importantes.

La première a été de changer la terminologie « incident relatif à la sécurité du patient ».

C'était la traduction littérale de « patient safety incident », qui devient un « événement indésirable associé aux soins ». La deuxième est d'ajouter « dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau ». Cette modification vient de la définition de Fernald. « N'importe quel événement dont vous souhaitez qu'il ne se reproduise pas à nouveau et qui pourrait porter atteinte à la sécurité du patient ».

Depuis l'étude Esprit, l'événement indésirable associé aux soins en ville est donc défini comme : « Un événement ou une circonstance associé aux soins, qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau ». L'HAS remplace la redondance de la formule « se reproduise de nouveau » par « ne se reproduise pas ». Elle publie cette définition dans son guide pour l'analyse d'EIAS hors des établissements de santé en 2015. Nous avons donc repris cette définition d'un EIAS dans ce travail. L'EIAS est une notion plus large que l'erreur médicale, l'aléa thérapeutique, ou l'événement indésirable lié à un traitement. L'EIAS est la conséquence de différents facteurs plus ou moins associés : l'aléa thérapeutique, l'erreur médicale, contexte environnemental ou défaut d'organisation. Son caractère évitable le rend intéressant à repérer pour éviter qu'il ne se reproduise, afin d'augmenter la sécurité des soins.

Les premières études sur les EIAS ont commencé à l'hôpital pour être ensuite étendues aux soins primaires. Les premières données épidémiologiques françaises sont fournies par les deux Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves liés aux Soins (ENEIS 1 et 2, respectivement en 2004 et 2009). Un Événement Indésirable Grave (EIG) étant « un événement défavorable pour le patient, qui est à l'origine d'un séjour hospitalier ou de sa prolongation, d'une incapacité ou d'un risque vital ». Ces études sont prospectives sur un échantillon randomisé de patients hospitalisés. Elles mesurent la fréquence des événements indésirables graves liés aux soins pendant une hospitalisation ou l'ayant entraînée.

La première enquête a estimé l'incidence d'EIG en cours d'hospitalisation à 6,6 pour 1000 journées d'hospitalisation.

Les auteurs ont identifié au total 450 événements indésirables graves. 195 EIG ayant conduit à une hospitalisation dont 86 évitables (46,2 %) et 255 survenus pendant l'hospitalisation dont 95 évitables (35,4 %). La deuxième enquête (ENEIS 2), de 2009 confirme une incidence comparable estimée à 6,2 pour 1000 journées d'hospitalisation. Cela permet d'apprécier l'importance du problème : Un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits, 4,5 % des motifs d'hospitalisations, dont 2,6 % de ces EIG étaient évitables. Certains surviennent suite à des soins extra hospitaliers avec des prises en charge complexes et avec un nombre d'intervenants croissant.

Elle avait pour objectif d'estimer la fréquence et la gravité des événements indésirables extra-hospitaliers causant une admission hospitalière. Elle étudie le contexte, le caractère évitable, les facteurs contributifs des EIAS et leur coût. Dans un premier temps, il a été recherché les motifs extra-hospitaliers de l'admission du patient à l'hôpital, pour ensuite analyser l'origine de cet EIAS au cabinet du médecin.

C'est une étude réalisée dans 22 unités de médecine et chirurgie, réparties dans 7 établissements publics et privés. Sur les 2946 patients inclus, 73 ont été hospitalisés (2,4 %) pour un événement indésirable lié aux soins extra hospitaliers. 52 d'entre eux ont été considérés comme évitables (71 %) avec une proportion plus significative en médecine (2,7 %) qu'en chirurgie (0,3 %). Sur les 52 EIAS évitables, 23 n'avaient eu aucune conséquence (44 %), 12 avaient eu un impact sur la sortie de l'hôpital (24 %) et 17 étaient associés à un risque vital, dont un décès (32 %). 81 % étaient associés à un médicament (Anti-vitamine K (AVK), neuroleptiques, diurétiques).

Les EIAS en ville étaient liés au patient, au médecin, ou à une situation à risque.

Les facteurs liés au patient ou à la situation clinique sont :

- L'âge, la démence, la Fibrillation Auriculaire (FA), la polymédication, la perte d'autonomie et l'isolement.
- Des comportements à risque (opposition aux soins, non compliance, agressivité, automédication).
- L'EHPAD avec le rôle du médecin coordonnateur.

Les facteurs liés au soignant sont :

- Défaut de vigilance sur l'état de santé ou sur des traitements prolongés.
- Erreurs thérapeutiques par méconnaissance des recommandations et la difficulté à remettre en cause des prescriptions de spécialiste d'organe.
- Mauvaise communication médecin-patient, (consigne orale ou par téléphone) et aussi avec les médecins spécialistes, les autres soignants, le laboratoire de biologie et les médecins hospitaliers.

Le principal biais de cette étude est le recrutement hospitalier des EIAS. Les EIAS sont graves par définition puisqu'ils ont entraîné une hospitalisation mais cette étude a permis toutefois de mettre en évidence leur origine en soins primaires. Cette étude épidémiologique française transversale a estimé l'incidence des événements indésirables associés aux soins évitables et en a décrit la typologie. Le recueil est centré cette fois-ci sur les cabinets de médecins généralistes. Un échantillon représentatif de 127 médecins a été tiré au sort parmi les Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe (GROG).

Pendant 7 jours tout EIAS rencontré lors de leur activité, est inclus par des médecins généralistes formés sur la notion d'EIAS sur un site informatique sécurisé. Des médecins généralistes experts ont ensuite validé chaque EIAS, puis classé selon la Taxonomie de Makeham et la méthode des tempos, que nous étudierons après. 475 EIAS validés par le séminaire d'experts pendant 649 journées avec 13 438 actes réalisés (consultations, visites et contacts téléphoniques).

346 des EIAS n'ont eu aucune conséquence clinique (73 %), 119 une incapacité temporaire (25 %). Seuls 9 EIAS étaient cliniquement graves (2 %). L'incidence des EIAS évitables était de 22 pour 1000 actes soit un EIAS tous les deux jours par médecin généraliste.

L'incidence ne varie pas selon le type d'acte, visite ou consultation.

Cette étude permet plusieurs conclusions :

- Les EIAS graves sont exceptionnels : 0,07 % des actes.
- La majorité des EIAS n'a entraîné aucune conséquence. Ils ont pu être corrigés grâce à la vigilance du médecin, du pharmacien, du patient, de son entourage, ou celle d'autres professionnels.
- La survenue d'un EIAS était en rapport avec des problèmes d'organisation du cabinet, de rédaction des prescriptions, de défauts de communication, de défauts de mobilisation des compétences.

Dans cette étude, 204 EIAS (43 %) ont été identifiés par des patients ou leur entourage. Cela montre l'implication des patients. Grâce aux différentes études épidémiologiques on sait que les EIAS en médecine générale sont fréquents et rarement graves. Il faut pouvoir les classer selon leur cause afin d'avoir des pistes d'amélioration. Nous allons voir les différentes classifications des EIAS. Il existe plusieurs taxonomies des EIAS en soins primaires. Nous allons vous présenter les quatre principales.

Créée par l'OMS, elle fait référence sur le plan international. Elle a été développée à l'origine pour les établissements de santé. Mais plus d'une centaine d'items rend son utilisation complexe. Elle est en revanche utile pour une exploration en profondeur d'un nombre réduit d'EIAS. Parmi plusieurs versions, l'étude ESPRIT a retenu celle de l'étude TAPS (Threats to Australian Patient Safety) publiée par Makeham. Cette classification aisément reproductible, utilise seulement 35 items mais analyse plus les erreurs que les dysfonctionnements sous-jacents. Cette méthode a été développée par Analberti en 2009.

Elle utilise le temps de l'activité libérale comme critère de classification en 5 catégories :

- Le tempo maladie.
- Le tempo médecin.
- Le tempo traitement.
- Le tempo cabinet.
- Le tempo du système de santé.

Il faut gérer de façon synchrone les différents tempos pour éviter la dégradation de l'un au profit d'un autre. Elle insiste sur l'importance d'une bonne gestion du temps comme un moyen de diminuer les risques en médecine générale.

La grille Catégorisation des Dysfonctionnements en Ambulatoire CADYA est simple d'utilisation. Développée depuis 2011 à partir d'un corpus d'EIAS obtenu par des RMM réalisées en Rhône-Alpes. À la manière de la grille ALARM, elle classe les EIAS en cherchant l'origine des erreurs dans le raisonnement antérieur à la prise de décision afin de mieux cibler les corrections.

Elle comporte 4 catégories principales

- Les facteurs techniques.
- L'environnement des soins.
- Le processus lié à la décision de soins.
- Les facteurs humains.

Ces catégories sont complétées par 1 ou 2 sous-niveaux. Elle offre en outre la possibilité de réaliser un travail pluri-professionnel et pédagogique en ciblant les changements à faire. Cette grille est utilisée dans plusieurs thèses sur les EIAS notamment celle de Diane Koehler et Thibaud Morlan en 2015 sur « Les Principaux Dysfonctionnements Associés à la Survenue d'Événements Indésirables en Soins Primaires » et celle de Caroline Champagne « Démarche Qualité en Maison de Santé Pluriprofessionnelle : Recueil et Analyse des EIAS ».

L'EIAS peut donc résulter de divers dysfonctionnements comme des facteurs environnementaux, des erreurs humaines, des problèmes techniques ou encore des défauts dans le processus de soins. Ces dysfonctionnements peuvent donc intervenir à tout moment dans l'action de soin : de la prise de rendez-vous, à la prise du médicament en passant par la consultation médicale et la dispensation des traitements.

L'analyse globale du système dans lequel s'intègrent les soins est donc nécessaire.

Cette culture d'analyse globale est une approche récente en médecine et a été extrapolée de la sécurité aérienne ou de l'industrie du nucléaire. L'amélioration de la sécurité des soins nécessite une approche globale du système de santé, et la mise en place de dispositifs permettant d'écartier les risques évitables. Il est donc nécessaire de définir l'approche à adopter vis-à-vis des erreurs créant ces risques. Selon James Reason, il existe deux approches possibles sur l'erreur, soit une approche individuelle, soit une approche systémique.

L'approche individuelle considère la variabilité du comportement humain comme seul dysfonctionnement responsable : l'oubli, l'inattention, la démotivation, le stress, la négligence, etc. L'approche individuelle a longtemps été privilégiée dans le monde médical, elle reposait sur l'infaillibilité du soignant, avec une tendance au déni. Or taire ses erreurs ne les font pas disparaître. Elle explique l'erreur seulement par la faillite du comportement humain.

Cette approche renforce le soignant comme deuxième victime d'un EIAS comme l'a décrit en 2000 Wu ah. En 2005, Marc Chanelière a montré dans sa thèse que 92 % des généralistes étaient impactés sur le plan personnel et professionnel suite à une erreur. Les soignants sont remis en cause dans leur légitimité professionnelle, dans leur image et dans leur désir de soigner.

La citation de James Reason « It is often the best people who make the worst mistakes-error is not the monopoly of an unfortunate few » (Ce sont souvent les meilleurs qui font les pires erreurs et l'erreur n'est pas réservée à quelques malchanceux) montre que tout le monde peut faire des erreurs. Les conséquences d'une erreur lors d'un acte à risque peuvent être potentiellement plus sévères. Cela implique une culture de la sécurité importante en chirurgie, en réanimation ou en obstétrique.

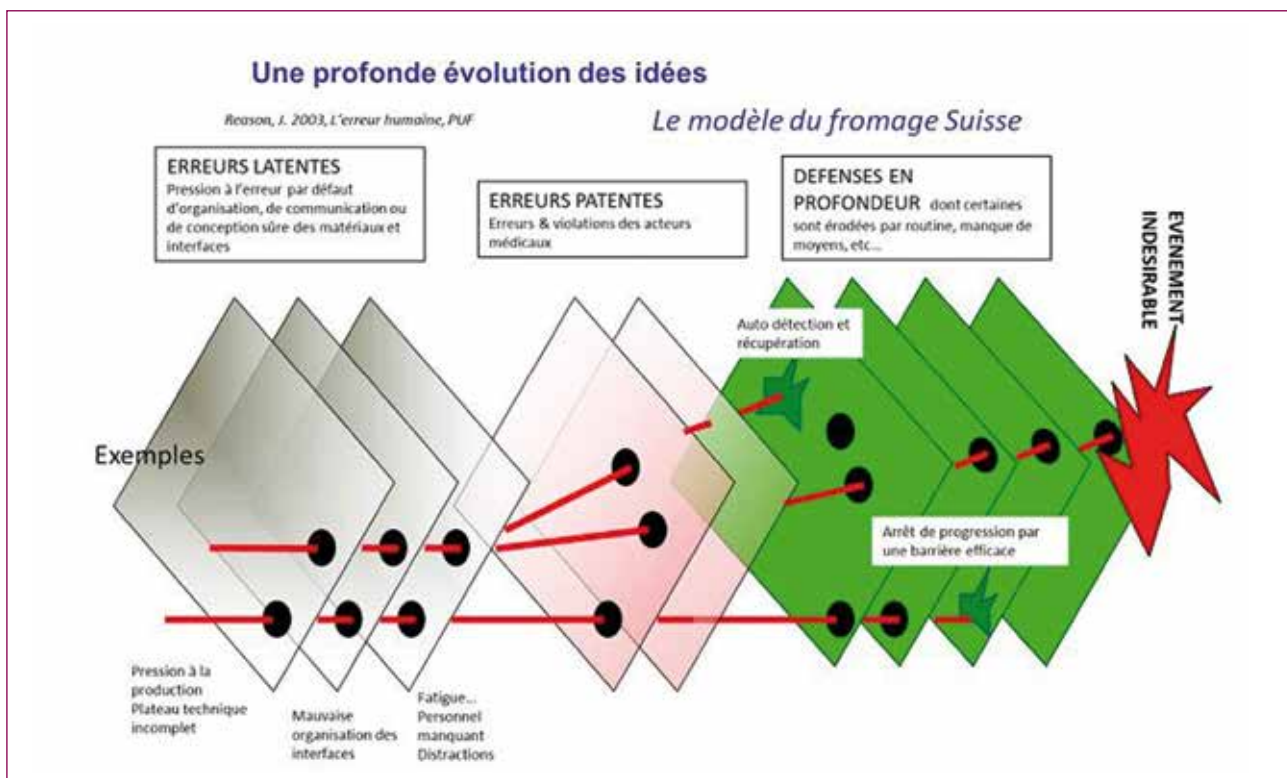
L'approche systémique part d'un constat que l'erreur étant humaine, c'est donc au système d'empêcher l'humain d'en faire. L'erreur est perçue comme un défaut dans le système. Pour une prévention secondaire efficace, il faut rechercher les causes racines en analysant le contexte organisationnel ou systémique. Les accidents sont souvent le résultats des mêmes schémas. Les mêmes causes ayant les mêmes effets, il faut empêcher le système de laisser se reproduire les mêmes erreurs. L'individu seul ne peut développer un système de santé plus sûr.

Le modèle dit du fromage suisse étudie les systèmes complexes nécessitant une haute fiabilité comme les centrales nucléaires ou le trafic aérien.

Les différents acteurs et procédures (alarmes, check list) du système sont vus comme un empilement de différentes plaques. Ces plaques sont faillibles, et sont donc symbolisées avec des trous. Chaque plaque doit en théorie empêcher un EIAS de survenir. L'EIAS survient seulement quand tous les trous de ces différentes plaques sont alignés.

Un système est décrit avec trois types de plaques différentes :

- ⊗ Les acteurs organisationnels.
- ⊗ Les acteurs de terrain : les soignants.
- ⊗ Les mécanismes de récupération d'erreur. Chaque acteur peut présenter une défaillance.



Le modèle du fromage suisse d'après J.Reason d'après le site de la prévention-médicale.org

Cette approche permet de comprendre le « comment » et le « pourquoi » cela est arrivé, alors que l'analyse individuelle ne s'intéresse qu'au « qui ». L'individu n'en reste pas moins responsable de ses actes. La responsabilité de chaque soignant reste pleine et entière.

Le DPC (Développement Professionnel Continu) initié par la loi HPST est effectif depuis 2013. C'est l'évolution de la Formation Médicale Continue

(FMC) obligatoire pour tout professionnel de santé. C'est une démarche active de la part du praticien.

Il répond à trois objectifs :

- ⊗ Évaluer et améliorer les pratiques professionnelles.
- ⊗ Actualiser les connaissances.
- ⊗ Prendre en compte les priorités de santé publique.

Chaque praticien doit faire son parcours de DPC auprès d'un organisme validé. Ces programmes de DPC doivent être conformes aux orientations nationales du DPC et utiliser une méthode validée par la HAS. L'organisme de DPC doit être enregistré auprès de la Commission Scientifique Indépendante correspondante.

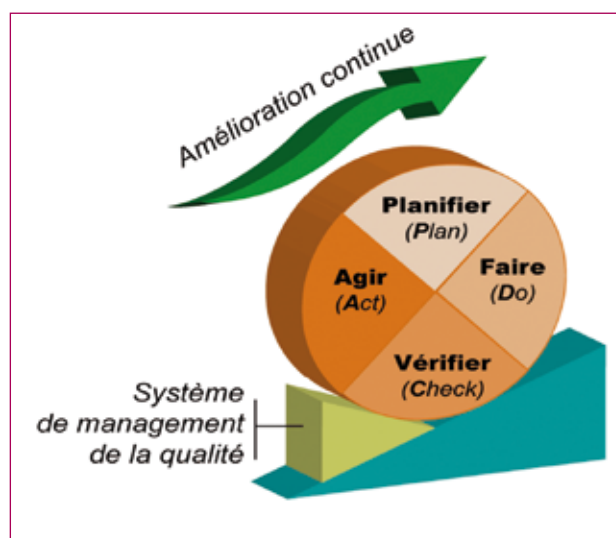
Le DPC est possible en groupe ou individuellement. Les différentes techniques validées par la HAS pour l'analyse des pratiques sont :

Approche dominante/activités	Méthodes de DPC	
2. Analyse des pratiques		
2.1. Gestion des risques	<ul style="list-style-type: none"> • revue de mortalité et de morbidité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), revue des erreurs médicamenteuses (REMEDI) • analyse <i>a priori</i> des risques (analyse de processus, analyse des modes de défaillance et de leurs effets : AMDE...) 	<p>À compléter par une activité d'acquisition des connaissances/compétences</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit intégrée à la démarche d'analyse des pratiques, au moment de l'appropriation du référentiel/de la recommandation ou dans le cadre d'une action d'amélioration à réaliser • soit externalisée, en complément de l'activité d'analyse des pratiques, et articulée avec elle
2.2. Revue de dossiers et analyse de cas	<ul style="list-style-type: none"> • groupe d'analyse de pratiques, staff des équipes médico-soignantes ou médico-techniques, pratiques réflexives sur situations réelles • réunions de concertation pluridisciplinaire • revue de pertinence 	
2.3. Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • suivi d'indicateurs • registres, observatoire, base de données • audit clinique 	
2.4. Analyse des parcours de soins	<ul style="list-style-type: none"> • chemin clinique • patients traceurs 	
2.5. Analyse de parcours professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • bilan de compétences 	

Tableau avec les différentes méthodes d'analyse des pratiques utilisables dans le cadre du DPC d'après le guide de l'HAS Méthodes et modalités de DPC (28)

L'HAS promeut donc comme méthode de DPC dans la gestion des risques, la réalisation de RMM ou de comité de retour d'expérience, ainsi que les groupes d'échange de pairs. L'analyse d'ÉIAS peut rentrer dans chacune de ces 3 méthodes. La gestion des risques de soins permet d'en améliorer la qualité.

L'ANAES en 2002 a publié un guide sur la mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Elle insiste sur l'importance d'une amélioration de la qualité continue et régulière. W.E Deming a décrit en 1951 le principe de l'amélioration continue de la qualité avec la roue de Deming ou cycle PDCA (Plan, Do, Check, Act).



PLAN = planifier, se fixer des objectifs
 DO = faire, mettre en œuvre ce qui a été prévu
 CHECK = vérifier les avancées, contrôler les résultats
 ACT = améliorer pour tendre vers

Roue de Deming d'après le site :

http://www.mriconseil.org/qualite/acco_ISO_9001.

L'analyse d'EIAS doit servir à planifier des objectifs d'amélioration de la qualité des soins pertinents. L'important est de faire évoluer ses connaissances : « L'expérience n'est pas synonyme de qualité ». Chaque médecin, cabinet de groupe, maison de santé pluridisciplinaire (MSP) doit mettre en place l'une des différentes démarches d'Évaluation ou d'auto-évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) qui existent comme le chemin clinique, l'audit de dossier, RMM, RCP, Groupe d'échange de pairs, etc.

En intégrant cette démarche d'analyse d'EIAS on augmente la sécurité des soins en ville.

C'est une étude observationnelle, descriptive, rétrospective par questionnaire auprès de médecins généralistes. Les médecins généralistes inclus dans notre étude, exercent en France avec une pratique libérale. Les médecins à exercice particulier (Acupuncture, Homéopathe...) et les médecins spécialistes d'organes ou avec pratique hospitalière ont été exclus.

Conclusion

Adopter une démarche qualité avec une évaluation des pratiques professionnelles paraît un enjeu pour l'avenir de la médecine de ville. Dans les 144 EIAS rapportés dans notre étude, 73 % étaient considérés comme graves. Les dysfonctionnements sont multiples et variés. Ils se répartissent entre des dysfonctionnements du système d'information (biologies non récupérées ou allergies non signalées), des manques de formation continue, des insuffisances dans le suivi de pathologies chroniques ou dans la coordination des soins (problème de dépistage) mais aussi de problèmes dans la relation médecin-patient et la réalisation de gestes techniques. Les médecins généralistes sont concernés par le sujet mais peu formés aux différentes techniques d'EPP. 70 % le souhaitent mais n'ont pas d'outils. La promotion d'outils simples comme la grille CADYA doit être faite. Il faut encourager les initiatives locales et personnelles pour mettre une démarche qualité au sein de la médecine de ville.

Les échanges entre médecins sur les EIAS restent difficiles à cause de la culpabilité et de la peur du jugement des confrères. Le regroupement des médecins généralistes dans des maisons de santé pluridisciplinaires ou des cabinets de groupe paraît une solution pour faciliter ces échanges. À ceci s'ajoute la difficulté de reconnaître les EIAS. L'analyse des EIAS doit donc prendre une place plus importante dans la formation initiale et continue des futurs praticiens.

Dr Antoine Perot

➔ Article scientifique

Ulcère de Jambe (UDJ) : Prise en charge en médecine générale

La prise en charge d'un ulcère de jambe (UDJ) ne se résume pas à prescrire le bon pansement pour une plaie mais doit avant tout être axée sur l'enquête étiologique notamment vasculaire.

Premier point fondamental et indispensable : **rechercher l'origine** veineuse, artérielle mixte ou autre de l'UDJ. Celle-ci sera orientée par l'interrogatoire, les signes cliniques et surtout la valeur de l'IPS et le résultat de l'échodoppler vasculaire des membres inférieurs.

Deuxième point : savoir apprécier le **stade de la plaie**, l'aspect de la peau périlésionnelle et reconnaître si une plaie est infectée ou simplement colonisée.

Au terme de l'analyse vasculaire et de celle de la plaie, un traitement global pourra être proposé : un traitement étiologique (sans lequel aucun UDJ ne pourra cicatriser), un traitement local : le bon pansement en fonction de la plaie et enfin une prise en charge complète par un bilan nutritionnel, un bilan de la mobilité, un bilan confort de décharge évitant les appuis inappropriés sur les plaies ulcéreuses.

Contexte et définition

l'ulcère de jambe est une perte de substance épidermique et dermique pouvant aller jusqu'aux structures nobles (tendon, muscle, os) souvent d'évolution chronique (4 à 6 semaines).

83 % des patients porteurs d'un UDJ consultent en première intention leur médecin traitant. Les UDJ touchent principalement la population des plus de 65 ans : 2 à 4 % et 4 à 5 % après 80 ans. 57 à 62 % concernent les femmes.

735 000 plaies chroniques par an sont traitées en France dont 400 000 ulcères de jambe pour un budget global de 272 millions d'Euros (1 à 2 % des dépenses annuelles de Santé). Une baisse de 30 jours du temps de cicatrisation représente 66 millions d'économie. La durée moyenne de la cicatrisation d'un UDJ en France est de 210 jours (7 mois) et varie en fonction de la taille et de la qualité de la prise en charge globale. 66 % des UDJ sont totalement cicatrisés après 2 ans d'évolution. 25 à 50 % des ulcères récidivent à 1 an d'où la nécessité d'une surveillance régulière des pathologies associées et/ou responsables du 1^{er} épisode de l'UDJ.

Étiologie des ulcères de jambe

Toutes les pathologies en relation avec le système macro et micro-vasculaire seront recherchées car sources d'hypoxie tissulaire responsable de la nécrose cutanée.

- ⊕ 50 % des ulcères sont d'origine veineuse (40 à 50 % d'origine variqueuse, 50 à 60 % d'origine post-phlébitique). Ce nombre est en diminution du fait de l'attention portée au dépistage (écho-doppler) et à la prise en charge de l'insuffisance veineuse (contention adaptée, sclérothérapie, traitement endoveineux, chirurgie).
- ⊕ 11 à 15 % des UDJ sont d'origine artérielle (AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs).
- ⊕ 13 à 25 % des UDJ sont des ulcères mixtes (d'origine veineuse et artérielle). Les ulcères artériels et mixtes sont en augmentation du fait de l'augmentation des facteurs de risques artériels (artériopathie, tabac, diabète).

- ⊗ 10 à 24 % des ulcères sont d'origine microcirculatoire : angiodermite nécrotique (ulcères capillaires, atteinte des vaisseaux de petit calibre favorisées par l'HTA et le diabète), infections, médicaments, maladies (comme la drépanocytose, la thrombophilie), facteurs favorisants (tabac, diabète).

Ne seront traités dans cet exposé que les ulcères d'origine vasculaire.



Au plan pratique : conduite à tenir face à un UDJ

1- L'interrogatoire va rechercher

- ⊗ Les antécédents, personnels et familiaux, cardio-vasculaire, notamment HTA, phlébites, thromboses, embolie pulmonaire, AOMI, diabète.
- ⊗ L'existence de varices, insuffisance veineuse, traitées ou non, et si une contention prescrite est portée.
- ⊗ L'existence de signes cliniques d'AOMI (douleur au repos, à la marche ?) et s'il y a eu une chirurgie de revascularisation.
- ⊗ Les maladies et comorbidités notamment si un diabète est bien équilibré, s'il existe des signes de neuropathie, si l'état nutritionnel est correct (important pour favoriser la cicatrisation).
- ⊗ Les traitements en cours (notamment anti-coagulants, anti-agrégants plaquettaires, chimiothérapie, corticothérapie...).
- ⊗ Un tabagisme, une profession exposée à la situation debout prolongée.
- ⊗ Un terrain allergique, eczémateux (pour la tolérance des pansements).
- ⊗ S'il s'agit d'un premier ulcère ou d'une récurrence et circonstances d'apparition.

- ⊗ Si des pansements ont déjà été prescrits, quel en est le résultat et la tolérance ?
- ⊗ Si le vaccin anti-tétanique (VAT) est à jour.
- ⊗ Si l'état général est bon (fièvre ? asthénie ? appétit ? douleur ? et si la douleur est soulagée par les antalgiques habituels).

2- Examen clinique : minutieux, attentif

- ⊗ Apprécier le degré de mobilité et d'autonomie du patient.
- ⊗ Apprécier d'éventuels troubles trophiques liés à l'âge ou à l'insuffisance veino-lymphatique : dermatoporose, purpura de bateman, pseudo cicatrices stellaires, atrophie cutanée, dermite ocre, œdème, cicatrice d'un ancien ulcère.
- ⊗ Troubles trophiques orientant plutôt vers une origine artérielle : douleur, froideur du pied, pâleur à la surélévation, érythrocyanose de déclivité, allongement du temps de recoloration > 3 secondes, atrophie cutanée, peau sèche dépilée, ongles cassants et épaissis.
- ⊗ L'examen vasculaire est **primordial**.
 - ☑ **Rechercher les pouls pédieux et tibial postérieur** : s'ils sont perçus, les artères tibiales antérieure et postérieure sont fonctionnelles et l'on envisagera une exploration veineuse.

Si les pouls sont non ou peu perceptibles ou asymétriques, il est indispensable d'adresser le patient à un **médecin vasculaire** pour un écho-doppler vasculaire des membres inférieurs et calculer l'**IPS** (Indice de Pression Systolique). Cet IPS est primordial pour orienter le diagnostic vasculaire étiologique : veineux, artériel ou mixte, pour prescrire une contention adaptée ou pour préconiser une chirurgie de revascularisation artérielle et/ou un traitement médico-chirurgical d'une insuffisance veineuse. L'IPS sera développé précisément plus loin. Un ulcère d'origine veineuse ne pourra pas cicatrifier si la contention parfaitement adaptée n'est pas portée. La classe et le type de contention seront orientés par le médecin vasculaire.

➤ **L'examen clinique de la plaie et de la peau périlésionnelle est fondamental** pour adapter la bonne catégorie de pansements.

☒ **Évaluer l'aspect de la plaie :**

- Fibrineux : la fibrine est jaunâtre, humide ou sèche, se déterge facilement ou non à la curette.
- Nécrotique : aspect noirâtre. La nécrose peut être sèche ou humide.
- Bourgeonnant : aspect rougeâtre des bourgeons de cicatrisation.
- Hémorragique.
- Atone : sur les bords ou le fond : la plaie apparaît sèche, jaunâtre et/ou noirâtre.
- Profond avec mise à nu des structures nobles : muscles, tendons, os (avec contact osseux friable, rugueux ou dur qui signe une ostéite).
- Inflammatoire sur les berges ou en peau périlésionnelle.
- Eczématisation, macération, hyperkératose de la peau périlésionnelle.
- Exsudative (quantité d'exsudat cotée : absent, peu, +/- abondant de 0 à +++).
- Douleur (spontanément ou lors des pansements).

- Malodorante.
- Verdâtre témoignant de la présence de pyocyanique (se maîtrise par traitements locaux).
- Dimensions : mesures centimétriques, calques ou photographies permettant le suivi de l'évolution de la plaie, ainsi que l'échelle colorielle : pourcentage de rouge (bourgeon), de jaune (fibrine), de noir (nécrose).

☒ **Rechercher des signes d'infection** complication majeure d'une plaie avec risque vital sur certains terrains : l'examen clinique est **primordial**, ne suffit pas au diagnostic mais reste largement utilisé.

- Locaux : rougeur, chaleur, douleur, exsudats importants, peau périlésionnelle inflammatoire (+++).
- Et généraux : hyperthermie, adénopathies, trainées de lymphangite, aspect de dermo-hypodermite, AEG (altération de l'état général).
- Signes biologiques : hyperleucocytose, augmentation de la CRP.
- Dans ce cas effectuer des prélèvements bactériologiques avec antibiogramme, des hémocultures à prévoir aux pics thermiques, des radiographies standards IRM ou scanner sont parfois nécessaires, une antibiothérapie per os ou I.V. adaptés.

☒ **Évaluer les signes de colonisation :**

- Toutes les plaies sont plus ou moins colonisées.
- Plaie verdâtre (pyocyanique), malodorante, exsudats importants.
- Pas d'hyperthermie ni d'inflammation de la peau périlésionnelle.
- Le traitement sera local : lavage très régulier de la plaie, déterision mécanique, pansements à l'Argent ou Sorbact. Un prélèvement bactériologique n'est pas justifié ni un traitement par antibiothérapie per os.

☒ **Signes d'inflammation comme définis par l'HAS :**

Douleur entre deux pansements, érythème périlésionnel (++) , œdème, exsudat important, plaie malodorante. Si au moins 3 des 5 signes sont présents, la plaie est considérée comme inflammatoire.

C'est un faisceau d'arguments clinique, biologique, microbiologique et parfois radiographique IRM ou scanner qui signe le diagnostic d'infection et que l'urgence est identifiée.

3- Examens complémentaires

- ☞ Comme nous l'avons vu l'IPS et l'échodoppler veineux et/ou artériel des membres inférieurs sont **indispensables** devant tout ulcère : insuffisance veineuse ? AOMI ? ou devant tout retard de cicatrisation.
- ☞ **Bilan sanguin : NFS, CRP, Albuminémie (Alb.)**. NFS, CRP à la recherche de signes d'infection (hyperleucocytose et augmentation de la CRP). Albuminémie pour évaluer l'état nutritionnel (gravité pour une Alb. < à 30 g/l, modérée (30 à 40 g/l), normale (40 à 45 g/l)).
- ☞ Le **poids** en fonction de la taille évaluera également s'il y a lieu d'adapter ou non une alimentation hypercalorique et hyperprotidique en cas de dénutrition ou perte de poids importante.
- ☞ En fonction du contexte infectieux général : prélèvements bactériologiques avec antibiogramme par curetage, écouvillonnage, biopsie tissulaire et ou osseuse, hémoculture.

4- Caractéristiques cliniques de l'ulcère veineux

- ☞ Antécédents personnels ou familiaux d'insuffisance veineuse, de varices, de thrombose. Facteurs de risque : position debout prolongée, obésité.
- ☞ Signes d'insuffisance veineuse chronique : œdème malléolaire et troubles trophiques (cf.2).
- ☞ Touche plus fréquemment les femmes (1,4 femme pour 0,75 homme).
- ☞ Fréquemment unilatéral, unique et de grande taille.

- ☞ Le mode de début est souvent insidieux parfois secondaire à un traumatisme minime ou à une plaie post-grattage trop longtemps négligés.
- ☞ L'ulcère veineux est peu douloureux (sauf en cas d'infection) et siège plus facilement aux malléoles interne ou externe, les contours sont plus ou moins réguliers. Il est souvent vu tardivement.

5- Caractéristiques cliniques de l'ulcère artériel

- ☞ Touche plus fréquemment les hommes après 50 ans, les femmes après 60 ans. 80 % des personnes atteintes d'AOMI sont fumeurs ou ex-fumeurs. 20 % sont diabétiques. Signes associés : HTA, hypercholestérolémie, antécédents familiaux.
- ☞ Signes d'AOMI : ischémie d'effort (claudication à la marche), ischémie permanente (douleur au repos), ischémie critique.
- ☞ L'ulcère artériel est classiquement de topographie suspendue, de forme arrondie à bords nets, creusant, cavitaires, plutôt sec, nécrosé, atone et vu précocement du fait du contexte douloureux.

6- IPS : fondamental (+++)

- ☞ **Définition** : Index de Pression Systolique. C'est le rapport fractionnel entre la pression artérielle systolique prise à la cheville et celle prise au bras.

$$IPS = \frac{\text{Pression systolique prise à la cheville}}{\text{Pression systolique prise au bras}}$$

La pression au bras est prise à l'aide d'un appareil à tension classique avec stéthoscope et/ou avec sonde doppler.

La pression systolique à la cheville est prise à l'aide d'un brassard à tension (le rebord distal de la manchette affleure les malléoles) et d'une sonde doppler positionnée au niveau du pouls tibial postérieur.

Valeur normale : $0,9 < IPS < 1,3$.

- ☞ Valeurs de l'IPS et étiologie artérielle
 - ☒ La norme est : $0,90 < IPS < 1,30$: pas d'AOMI.
 - ☒ $0,75 < IPS < 0,9$: AOMI compensée (réseau collatéral).

- ☑ IPS < 0,75 : AOMI non compensée, ulcère mixte à prédominance artérielle.
- ☑ IPS < 0,50 : seuil d'ischémie critique.
- ☑ IPS > 1,40 : risque cardiovasculaire identique à un IPS < 0,9.
- ☑ IPS > 1,30 : médiacalcosse (15 à 30 % des diabétiques, insuffisance rénale chronique terminale, grand âge).
- Pratiquer un échodoppler artériel surtout s'il existe des symptômes ou signes cliniques d'AOMI.
- ⊗ Valeur de l'IPS et étiologie veineuse :
 - ☑ Ulcère veineux pur : IPS > à 0,9.
 - ☑ Ulcère mixte à prédominance veineuse : IPS compris entre 0,7 et 0,9.
 - ☑ L'échodoppler confirmera l'origine veineuse, précisera le mécanisme (reflux et/ou obstruction) et la localisation (veines superficielles et/ou profondes et/ou perforantes).

IPS et types de bandes de compression :

Le choix de la compression se fait en fonction de la valeur de l'IPS (supérieur ou inférieur à 0,8). Pas de compression si l'IPS est < 0,6 (+++).

Au total, l'IPS doit être **systématique** même en cas d'ulcère veineux pur (Reco. HAS) et permet :

- ⊗ Un bilan étiologique de l'ulcère (artériel veineux ou mixte).
- ⊗ D'évaluer la gravité d'une AOMI.
- ⊗ D'adapter le traitement étiologique.
- ⊗ D'adapter la compression (élastique ou inélastique).
- ⊗ De suivre l'efficacité d'un traitement vasculaire.
- ⊗ D'établir un risque cardio-vasculaire global.

Un score de sévérité est attribué aux ulcères, mais peu usité.

- ⊗ Score 0 : ancienneté inférieure à 6 mois ET surface inférieure à 10 cm². 70 % de cicatrisation en 5-6 mois.
- ⊗ Score 1 : ancienneté supérieure à 6 mois OU surface supérieure à 10 cm².
- ⊗ Score 2 : ancienneté supérieure à 6 mois ET surface supérieure à 10 cm². 15 à 30 % de cicatrisation seulement à 5-6 mois.

7- Au terme de l'interrogatoire, de l'examen clinique et du résultat des examens complémentaires, un **PLAN THÉRAPEUTIQUE** peut se mettre en place

Traitement étiologique :

- ⊗ De l'insuffisance veineuse : contention, chirurgie, sclérothérapie, traitements endoveineux (un traitement endoveineux précoce permet une réduction du temps de cicatrisation, moins d'inflammation, moins de récurrences et plus de temps entre deux récurrences).
- ⊗ De l'AOMI : laissée à la décision du médecin et du chirurgien vasculaires pour permettre une revascularisation efficace.

Traitement de l'état nutritionnel. Un patient dénutri ne pourra pas cicatriser.

Régime hypercalorique.

Régime hyperprotidique.

Traitement kiné, ergo s'il y a des problèmes de mobilité, une perte de souplesse des articulations. Réduire et encourager à la marche permettra d'améliorer le retour veineux, de favoriser le réseau collatéral (AOMI) et d'éviter l'ankylose de la cheville.

Traitement de décharge : éviter les appuis et les frottements, matelas à air à préconiser si les ulcérations sont en position postérieure ou latérale. L'appui compressif risque d'aggraver l'hypoxie tissulaire.

Traitements des comorbidités. Vérifier le V.A.T.

Traitement local :

- ⊗ Les pansements sont très nombreux sur le marché. Le choix est multifactoriel en fonction du stade de l'ulcère (évaluation de la plaie), de sa localisation, de sa profondeur, de la quantité d'exsudat, de l'état de la peau périlésionnelle.
- Ce choix incombe au médecin traitant et/ou au dermatologue et/ou à un spécialiste en plaie cicatrisation.
- ⊗ Les pansements seront confiés aux infirmier(e)s, aide précieuse pour évaluer au quotidien l'évolution de la plaie, la tolérance aux pansements et l'état général du patient.

- ⊗ On distingue les pansements (PST) **primaires** au contact direct de la plaie et les pansements **secondaires** qui peuvent les recouvrir.
- ⊗ Le principe de la cicatrisation de l'UDJ est optimal en milieu humide et basé sur la **DÉTERSION**, le **BOURGEONNEMENT**, l'**ÉPIDERMISATION**.
- ⊗ Toute plaie devra être au préalable nettoyée à l'eau et au savon et/ou au sérum physiologique. Les antiseptiques comme la Bétadine ou la Chlorhexidine ne sont pas nécessaires (risque de sélection et de résistance des germes de bonne volonté, toutes les plaies sont colonisées (flore commensale).

Les pansements de la détersion :

- ⊗ Ce sont :
 - ☒ Les alginates.
 - ☒ Les fibres à haut pouvoir d'absorption (H.P.A.) anciennement appelés hydrofibres.
 - ☒ Les hydrogels.
 - ☒ Les irrigo-absorbants.
- ⊗ Le principe de détersion permet d'éliminer le matériel fibrino-nécrotique et la colonisation microbienne afin de permettre l'évolution vers un stade de bourgeonnement. Il n'y a pas de détersion spontanée autolytique dans les plaies chroniques.
- ⊗ Ne pas oublier qu'il ne faut pas déterger des plaies d'origine artérielle non revascularisées ou non revascularisables (+++) dans ces cas et en attendant : pansements secs.
- ⊗ La détersion s'effectue de façon **mécanique** (scalpel, curette) si la douleur peut se gérer (anesthésiants locaux possibles : crème Emla une heure avant le soin de préférence sous occlusion et anti-douleur per os avant le soin) et grâce à des pansements spécifiques :
 - ALGINATES : Biatain alginate
 - Algostéril
 - Algisite
 - Urgosorb

Propriétés : absorption (+++), détersion, hémostatique (humidifier le pansement), piège les bactéries, gélification au contact des exsudats.

FIBRES À HPA : Aquacel
 Biosorb
 Urgoclean

Propriétés : absorption (moins que les alginates), détersion, piège les bactéries et hémostatique pour l'urgoclean.

Tous les modèles, taille des PST sont mentionnés en détail dans la base VIDAL : modèle, compresse, mèches ou border (adhésif sur les quatre côtés).

Ne pas employer les forme « border » sur des peaux fines, fragiles et vieillissantes avec dermatoporose (+++) (risque de déchirures cutanées lors du retrait du pansement).

- ⊗ En cas de plaies nécrotiques :
 - ☒ Nécrose sèche ou fibrine sèche :
 - Indications de PST humidifiants pour ramollir la nécrose : **HYDROGEL : NU GEL, PURILON, HYDROGEL KCI, INTRASITE GEL**. Présentation sous forme de :
 - Tube de gel à usage unique, contenant 50 % d'eau.
 - De compresses : INTRASITE CONFORMABLE, SORBACT PANSEMENT HYDROGEL.
 - IRRIGO-ABSORBANT : HYDROCLEAN**.
 - HYDROCLEAN CAVITY pour les plaies cavitaires (forme ronde, ovale, carré ou rectangulaire contenant du liquide de Ringer).
 - HYDROCLEAN ADVANCE pour les plaies moins cavitaires planes et superficielles.

Les pansements secondaires devront être non absorbants, juste protecteur (films hydrocolloïdes minces).

Les traitements de détersion sont séquentiels, le temps de déterger le matériel fibrino-nécrotique et de permettre un bourgeonnement.

Les pansements du stade de **BOURGEONNEMENT** :

Les pansements seront indiqués après au moins 50 % de détersion effectuée.

Ce sont :

- ⊗ La grande classe des HYDROCELLULAIRES. Les pansements gras vaselinés, les interfaces. L'acide Hyaluronique. Les alginates et les fibres HPA.

- ⊗ Les pansements **HYDROCELLULAIRES** :
3 classes en fonction de leurs propriétés absorbantes : moyenne, importante, superabsorbante.
Sous forme : non-adhésive, adhésive et micro-adhérente siliconée.
- ⊗ Hydrocellulaires d'absorption moyenne ou importante :
 - ☒ Les non adhésifs : **AQUACEL BIATAIN, ALLEVYN, ASKINA**. Appellation « non-adhésif ou foam » (foam = mousse).
 - ☒ Les adhésifs : **AQUACEL, BIATAIN, ALLEVYN, 3 M URGOSTART**. Mention « adhésif ».
 - ☒ Les micro-adhérents, siliconés (moins adhésifs) avec ou sans bordure (appellation border = avec bordure) : **MEPILEX, BIATAIN, ASKINA, ALLEVYN, TIELLE** (mention « siliconé » ou « micro-adhérent »).

Les PST n'adhèrent pas à la plaie, il n'y a pas de macération, pas d'odeur, pas de délitement.

- ⊗ Hydrocellulaires **SUPERABSORBANTS** :
MEXTRA superabsorbant.
RESPOSORB superabsorbant, silicone border, silicone ou non adhérent.
SORBACT superabsorbant.
KERRAMAX CARE.

Propriétés : très forte capacité d'absorption des exsudats et de rétention (pas de relargage) même sous la pression d'une contention. Peuvent s'employer comme pansement primaire ou secondaire.

- ⊗ **Pansements Alginate et fibres HPA** s'il y a une phase de bourgeonnement associée encore à une surface à déterger.
- ⊗ **Pansements GRAS** pour la phase de bourgeonnement sans exsudat.
 - ☒ PST GRAS à mailles larges imprégnées d'un corps gras (vaseline, paraffine) dits PST vaselinés : JELONET.
VASELITULLE.
TULLE GRAS MYLAN.
 - ☒ PST GRAS à mailles fines (+ enduction durable : vaseline, paraffine, silicone). Non adhérent aéré (évite la macération), peut s'appliquer sur peau fine, fragile, en fin de bourgeonnement et début d'épidermisation :
JELONET PLUS.
ADAPTIC.
HYDROTUL.
MÉPITEL ONE.

- ⊗ Acide Hyaluronique crème : EFFIDIA.
IALUSET.
Plutôt en fin de bourgeonnement, début d'épidermisation.

Pansements pour favoriser et induire l'ÉPIDERMISATION :

- ⊗ **HYDROCELLULAIRES, INTERFACES, ACIDE HYALURONIQUE.**
- ⊗ **LES FILMS ADHÉSIFS DE POLYURÉTHANE** semi-perméables (peuvent se superposer ou non aux autres pansements) sont transparents, perméables à l'air, imperméables aux bactéries et aux liquides (autorisent la douche, la balnéothérapie). Ils ont un rôle de protection mécanique aux frottements, frictions et cisaillements.
- ⊗ **Exemples de PST film** : HYDROFILM.
MÉPITEL FILM.
TEGADERM FILM.
OPSITE.

Existent sous forme stérile (plaques et border) ou en rouleau non stérile.

À part : Les HYDROCOLLOÏDES.

La gamme SORBACT.

Le pansement URGOSTART + BORDER.

- ⊗ **Les HYDROCOLLOÏDES** : ALGOPLAQUE, HYDROCOLL, DUODERM, COMFEEL, ASKINA font partie des premiers pansements élaborés pour la déterision. Sous forme de plaque épaisse, ils permettent une déterision, induisent un bourgeonnement, se gélifient au contact des exsudats mais sont source d'odeur, de macération des berges et sont parfois irritants voire allergisants. Ils sont de moins en moins employés.

Les **HYDROCOLLOÏDES** sous forme de plaques MINCES sont encore largement utilisés dans la phase d'épidermisation.

- ⊗ **La gamme SORBACT** dit encore pansement vert car c'est leur couleur, associe un agent **antibactérien** : le DACC (Chlorure de dialkyl carbamoyl) dérivé d'acide gras, hydrophobe sous forme soit d'hydrogel (sorbact hydrogel), soit de pansement absorbant ou superabsorbant (remboursés), soit sous forme de compresses ou mèches (non remboursés).

Cette gamme s'applique dans tous les risques infectieux bactérien ou fongique.

➤ Le pansement **URGOSTART PLUS**, nouveau sur le marché depuis janvier 2020, est un pansement booster actif hydrocellulaire ayant prouvé une réduction de la surface de la plaie de 58 % à 8 semaines et une réduction de la durée de cicatrisation de 100 jours.

Le pansement associe : urgoclean + une interface et se prescrit de la phase de déterision à la phase de granulation (bourgeonnement). Il n'existe que sous forme border.

La gamme URGOSTART elle, comprend :
Un PST de déterision = URGOCLEAN (fibre).
Un PST hydrocellulaire = URGOSTART.
Et un PST interface = URGOSTART INTERFACE.

➤ **Plaie colonisée** sans signes infectieux généraux.

➤ Augmenter le rythme des PST (1 à 2 fois / jour) et donc des lavages.

➤ Utiliser une solution de rinçage antiseptique le PRONTOSAN (PHMB PolyHexaMéthylène Biguanide) antiseptique à large spectre avec peu de résistance.

➤ Pansement à l'**ARGENT** (Ag) : URGOTUL Ag.
URGOCELL Ag.
FLAMMAZINE
(sulfadiazine
Argentique).

Laluset plus, Aquacell Ag : non remboursés.
Les PST à l'Argent sont bactéricides, fongicides, virucides, sporicides et anti-inflammatoires (mais résistance aux bactéries sporulées et mycobactéries).

☒ Pansement SORBACT (DACC) sous forme de PST hydrogel, absorbant ou superabsorbant et compresses.

☒ ALGINATES ET FIBRES HPA (séquestration bactérienne).

➤ **Plaie infectée** : Signes locaux et généraux d'infection.

Pas de recommandation HAS pour les plaies infectées.

☒ Même traitement local que pour la plaie colonisée : PRONTOSAN, PST à L'ARGENT, PST SORBACT, ALGINATES ET FIBRES HPA.

☒ Antibiothérapie par voie générale à discuter en fonction des signes locaux régionaux, des signes généraux, des résultats

des prélèvements locaux, des biopsie tissulaire ou osseuse, des hémocultures.

Une antibiothérapie probabiliste peut être entreprise avant d'obtenir le résultat de la microbiologie et de l'antibiogramme : CLAMOXYL, AUGMENTIN, PYOSTACINE.

➤ Plaie malodorante :
Pansement au CHARBON ACTIF :

☒ ACTISORB.

☒ CARBONET.

☒ CARBOFLEX.

☒ ASKINA CARBOSORB.

Seul PST primaire qui peut s'associer à un autre PST primaire (comme les PST à l'Ag ou les PST SORBACT).

➤ **Plaie hémorragique** :

☒ ALGINATES (à humidifier) (+++).

☒ **URGOCLEAN** : fibres HPA (moins hémostatique).

☒ Laisser le pansement en place plusieurs jours.

➤ **Plaie hyperbourgeonnante** :

☒ Si petite taille : AgNO₃ (Nitrate d'Argent bâtonnet ou solution).

☒ Dermocorticoïdes de classe 2 : Nérisonne, Diprosone, Locoïd.

☒ Toujours se méfier d'une plaie d'origine tumorale (pratiquer une **biopsie**).

☒ **Les pansements SECONDAIRES** sont ceux qui ne sont pas en contact direct avec la plaie. Sauf pour les plaies exsudatives et cavitaires. Celles-ci nécessitent des PST superabsorbants qui peuvent être appliqués directement sur la plaie.

Les PST secondaires permettent de protéger la peau périlésionnelle, de maintenir un pansement primaire non adhésif : ce sont les bandes Velpeau ou Nylex, les pansements tubulaires : comme le Tubifast, les bandes auto-adhérentes comme le Péha-haft, les films de polyuréthane, ils permettent enfin d'absorber un excès d'exsudat.

Les pansements secondaires ne sont pas toujours nécessaires si le pansement primaire est adhésif (forme border).

Deux pansements PRIMAIRES ne doivent pas être associés sur une même plaie sauf pour les pansements à base de charbon.



Conclusion

La prise en charge de l'UDJ est multidisciplinaire, c'est un réel problème de médecine interne pour lequel le médecin généraliste est le premier consulté.

Points à retenir :

- ⊗ Vérifier le VAT.
- ⊗ Explorer l'état vasculaire (pouls, IPS, échodoppler).
- ⊗ Bilan biologique de base : NFS, CRP, Alb.
- ⊗ Traiter les comorbidités.
- ⊗ Évaluer l'état nutritionnel, la mobilité.
- ⊗ Traitement étiologique.
- ⊗ Traitement local de la plaie.
- ⊗ Traitement antibiotique per os si infection.

Notions à retenir :

- ⊗ Savoir reconnaître une plaie infectée et une infection nécessitant une antibiothérapie per os.
- ⊗ Pas d'antibiothérapie per os ni d'antiseptiques sys-tématiques devant une plaie d'UDJ.
- ⊗ Ne pas déterger une plaie artérielle qui ne serait pas revascularisée ou non revascularisable.
- ⊗ L'IPS est un indice fondamental.
- ⊗ Pas de contention si l'IPS est < à 6.
- ⊗ L'échodoppler vasculaire est nécessaire devant tout UDJ.
- ⊗ Un ulcère veineux ne pourra pas cicatrifier si la contention adaptée n'est pas portée.
- ⊗ Un état de dénutrition doit être corrigé pour permettre la cicatrisation.

Pour en savoir plus :

- ⊗ Recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé) : Plaies chroniques et prise en charge en ville. AOMI et mesure de l'IPS. Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse. La compression médicale dans les affections veineuses chroniques.
- ⊗ REVUE FRANCOPHONE DE CICATRISATION.
- ⊗ CicaMOOC (MOOC : Massive Open Online Course). Cours accessibles à tous en ligne sur la cicatrisation, les plaies chroniques, ulcères, escarres, plaies du pied diabétique, traitements. Enseignement assuré par des professionnels reconnus : Dr Sylvie MEAUME, Dr Luc TÉOT, Dr Hester COLBOC, Dr Nathalie FAUCHER, Dr Hervé MAILLARD, Dr Georges HA VAN, Dr Sonia GAUCHER, Pr Franck DUTEILLE, Pascal VASSEUR IDE, Sylvie PALMIER IDE.
- ⊗ PLAIE ET CICATRISATION : guide de l'IDE - Sylvie PALMIER, Michèle GARULO Ed. LAMARRE.
- ⊗ DU ou DIU en plaies et cicatrisation. Enseignements universitaires sur 7 ou 10 mois. Cours en présentiel, par e-learning, stage et mémoire.

Dr Élisabeth DELHALLE - Dermatologue - Var (83)

➔ Question Juridique

Le contrat entre un médecin et une clinique privée est-il un contrat d'exercice libéral ou un contrat de travail ?

Cet article a été initialement publié sur le site du Village de la Justice (village-justice.com) le 4 mai 2020.

Pour bien des lecteurs, la réaction spontanée à la lecture du titre de cet article sera de retenir la première des deux solutions.

Pourtant, le contentieux portant sur la qualification du contrat d'un médecin ne manque pas. Il survient le plus souvent lorsque l'URSSAF procède à un redressement en considérant qu'un médecin est en fait soumis à un lien de subordination caractéristique du contrat de travail. Il arrive également que certains médecins eux-mêmes, lors de la rupture de leur contrat, saisissent le Conseil de prud'hommes d'une action en requalification de leur contrat d'exercice libéral en contrat de travail pour demander en conséquence une indemnisation plus favorable du préjudice.



Par Maître Jean-marc Jauffret,
Avocat au barreau de LYON



Compte tenu des enjeux souvent considérables attachés à la qualification du contrat du médecin à la clinique à laquelle il est rattaché, il nous a paru utile de faire le point de manière très concrète sur cette matière qui n'est pas toujours l'objet de l'attention qu'elle mérite alors même qu'elle concerne un millier de cliniques et plus de 40.000 médecins.

Après avoir rappelé que le contrat de travail suppose un engagement à travailler pour le compte et sous la subordination d'autrui moyennant rémunération, la plupart des arrêts précisent que : « *L'existence d'une relation de travail ne dépend pas de la volonté exprimée par les parties ni de la dénomination qu'elles ont donnée à convention, mais des conditions de fait, dans lesquelles est exercée l'activité des travailleurs* » et rappellent la solution dégagée par l'arrêt dit Société Générale :

« *Le lien de subordination est caractérisé par l'exécution d'un travail sous l'autorité d'un employeur qui a le pouvoir de donner des ordres et des directives, d'en contrôler l'exécution et de sanctionner les manquements de son subordonné.* »

Le travail au sein d'un service organisé peut constituer un indice du lien de subordination lorsque l'employeur détermine unilatéralement les conditions d'exécution du travail. »

Soulignons que lorsqu'un médecin entend faire requalifier son contrat d'exercice libéral, parfois en présence d'un seul contrat verbal, il lui incombe de rapporter la preuve du lien de subordination, élément décisif pour que son contrat soit qualifié en contrat de travail.

Dans cette hypothèse, le juge procède à l'analyse des critères suivants :

Les dispositions contractuelles

On a rappelé précédemment que le juge ne s'arrête pas à la dénomination du contrat initialement conclu mais analyse les conditions concrètes qui régissent la relation contractuelle. Il n'empêche que, dans bien des espèces, le juge se réfère au libellé du contrat d'exercice libéral et se montre attentif à une formulation telle que : « *les parties n'ont en aucun cas l'intention de souscrire un contrat de travail et de créer entre elles un lien de subordination quelconque* ».

La liberté de cession de clientèle est bien entendu propre à un contrat d'exercice libéral. Notons, inversement, que l'existence d'une clause de non-concurrence, le fait qu'une assurance responsabilité civile soit souscrite par la clinique, sont révélateurs d'un lien de subordination.

Le juge s'interroge également sur le type de contrat conclu avec les autres médecins et peut alors constater que « *l'ensemble des médecins autorisés à exercer leur spécialité à titre habituel dans la clinique XX le font dans le cadre de contrats d'exercice libéral* ». Ce genre de constats, qu'on retrouve dans d'autres arrêts contredit l'existence d'un lien de subordination.

La rémunération du médecin

Retenons deux arrêts qui ont considéré que les modalités de rémunération du médecin constituaient un indice du lien de subordination :

Premier arrêt : « *la prétendue liberté de fixer le dépassement d'honoraires était en lien avec le choix du secteur du titulaire pour le compte duquel elle intervenait et qui conservait une partie importante des dépassements* ».

Second arrêt : « *M. C [le médecin] bénéficiait d'une rémunération forfaitaire de xxx euros par jour, avec prise en charge de ses frais de repas et d'hébergement (...)* ».

Cependant, le plus souvent, les arrêts constatent que : « *Les honoraires, (...) ne sont certes pas perçus directement par le médecin ; ils sont reversés par la clinique, après déduction du montant de la redevance contractuelle correspondant à la contrepartie de la mise à disposition du médecin de moyens matériels et humains. Les modalités de perception des honoraires, transitent par un "compte mandataire"* ».

De manière encore plus nette, un arrêt constate que la clinique remettait au médecin, à la fin d'une garde de 24h, un chèque de 500 euros l'hiver et de 700 euros l'été (sommes déclarées dans la rubrique « salaires »), que le praticien n'établissait aucune feuille de soins, et en conclut que ce mode de rémunération n'établissait pas un lien de subordination ; ce même arrêt ajoute que « *la perception directe des honoraires par le client (...) ne constitue pas un élément déterminant* ».

De telles constatations laissent penser que les modalités de perception des honoraires sont assez neutres et que seule la démonstration que les honoraires sont imposés, est de nature à remettre en cause le caractère libéral de l'exercice professionnel.

La possibilité de développer une clientèle personnelle

Il arrive que le juge retienne l'impossibilité, pour un médecin (attaché à un dispensaire ; médecin remplaçant), de se constituer une clientèle propre ou, plus simplement, constate que les patients étaient ceux de la clinique et du médecin remplacé et non les siens propres.

Cependant, et le plus souvent, le praticien demandeur à la requalification ne démontre pas, aux yeux du juge, qu'il ne pouvait avoir de clientèle propre.

Notons également que le fait que la gestion des rendez-vous pour le compte personnel du médecin soit assurée par le secrétariat de la clinique et qu'aucune difficulté ne soit relevée pour que des instructions données à une assistante de la clinique soient respectées, ne permet pas de démontrer un lien de subordination.

De même, un autre arrêt relève qu'« aucun document n'établit qu'une clientèle lui était imposée » et ajoute que le fait que la secrétaire du médecin, embauchée par la clinique prenait ses rendez-vous alors qu'il avait ses propres carnets de rendez-vous pris par une autre secrétaire de la clinique ne prouve pas un lien de subordination.

Les sujétions inhérentes à l'organisation de l'activité médicale au sein d'une clinique

Il arrive qu'un médecin doive assurer des gardes imposées par la clinique ; le lien de subordination est alors reconnu.

Le juge semble cependant fréquemment constater que le médecin demandeur à la requalification avait toute liberté pour organiser ses consultations et gérer son temps de travail, aucun horaire ne lui étant imposé (ce dont ses confrères attestent...).

Il considère que des contraintes matérielles, le planning d'astreinte et d'utilisation de blocs opératoires constituent un cadre organisé, élément qui ne suffit pas à caractériser un lien de subordination. Fréquemment, le tableau des astreintes ne fait état d'aucun horaire imposé, d'aucun planning ou présence le week-end établis par la clinique.

D'ailleurs, le juge prend soin de relever que les horaires, les gardes, l'organisation des plannings relèvent d'une coordination entre médecins, exclusive de l'intervention d'un pouvoir hiérarchique dans la clinique.

L'utilisation des moyens techniques et humains de la clinique

Quel que soit le type de contrat, il est évident que le médecin utilise nécessairement des moyens matériels, techniques et humains mis à sa disposition par la clinique. Dans bien des professions, cela peut contribuer de manière importante à établir un lien de subordination.

De fait, lorsque : « le cabinet de consultation, les installations et appareils médicaux et le secrétariat étaient mis par la Clinique à sa disposition gratuitement ; qu'il devait en faire usage en bon père de famille, ne pas modifier les lieux et leur destination », le juge considère qu'il s'agit d'un indice du lien de subordination.

Cependant, la situation courante dans laquelle le juge constate que le praticien verse une redevance en contrepartie de l'utilisation de locaux, moyens techniques et services mis à sa disposition par la clinique n'est pas considéré comme un critère de subordination.

Tel est également le cas lorsque, en plus de la mise à la disposition par la clinique de lits, de locaux, de matériel et de personnel, il n'est pas exclu qu'il puisse utiliser un matériel personnel.

Les directives et le pouvoir de sanction de la clinique

Lorsqu'un arrêt constate que le médecin « recevait des consignes de la part des quatre médecins qu'elle remplaçait lesquels lui imposaient les plannings et l'affectaient à telle, « retransmettre toutes les informations nécessaires sur les patients pour que soit assurée la continuité des soins » révèle un lien de subordination.

Certains praticiens affirment, note de service à l'appui, que leur clinique peut, le cas échéant, exercer un pouvoir disciplinaire à leur égard. Force est de constater que le juge constate, le plus souvent, que le médecin ne produit aucune sanction disciplinaire qui étayerait ses allégations. Plus précisément, le juge considère que des courriers d'information générale adressés aux médecins qui réalisent des gardes et astreintes mais ne comportent aucune directive personnalisée ne constituent pas un indice de lien de subordination.

En tout cas, un unique courrier de la direction qui demande au médecin de se conformer à des horaires de garde alors qu'il s'avère qu'il a été tenu compte de l'organisation personnelle du praticien ne saurait suffire à constituer un indice du lien de subordination.

Notons enfin qu'« évoquer le fait que le contrat de travail a été rompu par la clinique (...) ne saurait s'analyser comme l'exercice, par l'employeur de son pouvoir de sanction » dès que les dispositions du contrat d'exercice libéral ont été respectées.

En définitive, près des trois quarts des arrêts cités ci-dessus maintiennent la qualification initiale de contrat d'exercice libéral et il semble que la proportion soit encore plus importante si l'on augmente le nombre d'arrêts analysés. Si une telle conclusion est logique, compte tenu de l'exercice médical par nature libéral, la pratique d'une clinique dans la gestion des contrats de ses médecins n'en doit pas moins être avisée et éviter des formes de relations contractuelles qui, au vu des critères ci-dessus pourraient conduire à une requalification desdits contrats.

Pour les médecins qui s'interrogent sur l'opportunité de saisir le Conseil de prud'hommes d'une action en requalification de leur contrat d'exercice libéral (y compris si aucun contrat n'a été établi par un écrit), la jurisprudence présentée met en évidence qu'établir l'existence d'un lien de subordination est une entreprise délicate.

→ Santé

Les écrans et ses conséquences néfastes sur les enfants

De quelle manière le médecin peut-il intervenir pour améliorer des dérives importantes au sein de certaines familles ?

Introduction [1, 2]

Les écrans sont devenus une partie intégrante de notre quotidien qu'il s'agisse des enfants ou des adultes.

De nombreuses études ont été effectuées permettant de comprendre l'importance de ces outils auprès des familles.

L'ordinateur est présent chez 81 % des français, 73 % utilisent le smartphone, et 44 % sont les possesseurs d'une tablette.

Chez les enfants, nous faisons un constat ahurissant. En ce qui concerne la classe d'âge des 3-17 ans, le temps passé derrière un écran est en moyenne de 3 heures par jour.

Prenant acte de ce comportement, il est important de savoir de quelle manière modifier cette pratique.

Le médecin a, bien entendu, un rôle éducatif qui est actuellement exercé de plus en plus au sein de son cabinet (il n'a plus le temps de se rendre au domicile des patients).

De plus le temps dévolu à la prévention lors d'une consultation se réduit le plus souvent à quelques phrases dont la portée n'est pas forcément en accord avec les volontés souhaitées par le praticien.

Cependant, la prise de conscience des conséquences secondaires à une utilisation trop fréquente des écrans est un impératif pour les praticiens.

Cela est d'autant plus important que ces outils envahissent de plus en plus nos foyers, et leur utilisation est devenue prépondérantes pour de nos nombreux enfants.

Enfin, Il ne faut pas oublier que le médecin généraliste est le garant de la bonne santé physique et mentale de ses patients.

Quelles peuvent être les conséquences sur la santé des enfants d'une utilisation trop importante des écrans ? [2, 3, 4, 5, 6]

Les risques d'obésité

Le risque d'obésité est multiplié par deux à chaque heure supplémentaire effectuée devant l'ordinateur.

Trois facteurs concourent à ce risque :

- ⊕ La réduction des activités physiques du fait d'une majoration du temps passé derrière sa console ou son ordinateur. Cela conduit à une sédentarité (on parle de sédentarité au-delà de 3 heures devant l'écran).
- ⊕ Une modification du comportement alimentaire avec une tendance au grignotage devant les écrans. Malheureusement ce grignotage est souvent composé de produits riches en glucides ou lipides ; et donc très énergétiques.
- ⊕ Le rôle néfaste des écrans qui diffusent, de manière plus ou moins ouverte, des publicités concernant des produits hautement caloriques et facile à consommer (chips, sodas...).

Les modifications du sommeil de l'enfant

Il faut, pour 40 % des enfants ayant entre 8 et 13 ans, 30 minutes avant de dormir.

De plus ¼ des enfants confient avoir des difficultés pour dormir de manière convenable.

En 1991, 25 % des enfants dormaient moins de 7 heures. Actuellement ils sont 40 % dans cette situation.

Ces troubles sont imputables aux LED qui agissent sur la mélatonine (hormone jouant sur l'endormissement) en retardant d'une heure le sommeil.

Une réduction des capacités d'apprentissage

Au sein des établissements scolaires de nombreux enseignants se plaignent de troubles de l'attention et de la concentration des élèves. De telles constatations sont à mettre en relation avec l'utilisation des écrans.

Une étude canadienne a permis de mettre en lumière cette réalité. Sur 900 enfants (ils avaient entre 6 mois et 2 ans) étudiés, il a été observé un retard dans l'acquisition de la parole s'ils utilisaient quotidiennement 30 minutes les écrans.

De plus un retentissement cognitif est observé dès lors que l'enfant passe plus de 2 heures par jour devant un écran.

Un retentissement manifeste au niveau des yeux

Les écrans favorisent le développement d'une myopie comportementale qui est secondaire à une utilisation intensive des écrans.

Cette problématique est observée chez près de 40 % des adolescents ayant entre 16 et 24 ans.

La lumière bleue (observée dans les LED : écrans d'ordinateur, tablettes, téléphones portable) est néfaste pour la rétine. Cette lumière induit la formation de molécules au niveau de la rétine qui détruisent les cellules photoréceptrices.

Cette destruction peut conduire à une réduction voire à une chute totale de la vision.

Le retentissement des écrans sur le psychisme

Des troubles de l'humeur peuvent être observés suite à l'utilisation intensive de l'écran. Il peut s'agir d'une irritabilité (l'enfant cherche rapidement à se plonger dans les affaires d'un jeu de guerre alors qu'il doit déjeuner), mais aussi une anxiété ou une dépression.

Dans ces deux derniers cas les réseaux sociaux peuvent être responsables d'une situation complexe où l'enfant est mis à l'écart ou raillé par toute une communauté.

Cela peut conduire certains adolescents (ce sont ceux qui sont les plus concernés) au suicide ; suicide qui est souvent relayé par les médias.

Les interactions sociales importantes pour notre vie quotidiennes sont souvent perturbées par les écrans.

Ces liens entre individus permettent d'obtenir un équilibre psychique ; élément incontournable pour se sentir serein et pour pouvoir communiquer certains sentiments.

Enfin les écrans peuvent conduire à des addictions (sexes, alcool ou tabac). Souvent ces addictions sont dues au rôle de certaines sociétés peu scrupuleuses qui utilisent les écrans pour diffuser des messages (souvent par des voies détournées) ; messages qui conduisent à ces addictions.

De quelle manière intervenir pour éviter une utilisation trop intensive des écrans ? [4-7-8-9-10-11]

Il faut agir avant tout sur la prévention.

A ce titre un psychiatre (S. Tisseron) s'est penché sur ces travers, et a édicté des règles tout à fait claires et logiques qui méritent d'être prises en compte :

Pour les enfants ayant moins de 3 ans. L'activité ludique doit être privilégiée. Les parents doivent lire des contes, et des livres.

En cas d'utilisation des écrans, il faut toujours qu'un des parents puisse avoir un rôle éducatif (Pourquoi ? Comment ?...). Les écrans doivent être utilisés comme un outil de convivialité.

La télévision ne doit pas être en libre accès car il peut avoir des conséquences sur le développement psychique de l'enfant.



Pour les enfants ayant entre 3 et 6 ans. Il faut fixer de manière stricte le temps d'utilisation des écrans. On doit proscrire les écrans et les tablettes dans les chambres.

De plus il faut également interdire les écrans durant le repas qui doit être un moment d'échanges.

Enfin la participation des parents lors de la pratique de jeux ou de manipulation des écrans est vivement conseillée.

Pour les enfants ayant entre 6 et 9 ans. Les écrans sont toujours dans le salon. Il faut une nouvelle fois imposer certaines règles d'utilisation avant le début de l'utilisation de ces outils.

Trois règles doivent être données lors de l'utilisation d'internet : les informations diffusées ne sont pas nécessairement justes, les réponses fournies par l'enfant peuvent être retrouvées chez d'autres personnes (absence de confidentialité), les informations données peuvent rester indéfiniment.

Pour les enfants ayant entre 9 et 12 ans. Les parents doivent décider de l'opportunité (et surtout de l'utilité dans la vie quotidienne) ou non d'utiliser un portable, mais aussi d'utiliser seuls internet.

Un échange parent enfant doit s'opérer pour que les écrans puissent être un outil de développement intellectuel.

On rappelle enfin les règles d'utilisation de l'internet.

Pour les enfants ayant plus de 12 ans. Il faut bien expliquer aux enfants les risques d'internet (harcèlement et pornographie). On fixe les règles (temps surtout) d'utilisation de la toile. Durant la nuit il faut éteindre les écrans.

Enfin il est déconseillé d'intervenir en ami sur les réseaux sociaux de ses enfants.

Si nous voulons être plus schématiques, il est utile d'utiliser la règle des 4 PAS : pas d'écran le matin, pas d'écran dans la chambre, pas d'écran au cours du repas, et pas d'écran avant le coucher.

D'autres mesures préventives peuvent également être édictées :

➤ Effectuer des activités sportives régulièrement. L'OMS recommande 60 mn d'activité physique par jour. Ces recommandations ne sont malheureusement suivies que par 25 % des enfants qui ont entre 6 et 17 ans.

➤ Effectuer une protection des yeux en utilisant des lunettes adaptées aux LED. Il faut également respecter des temps de pause (toutes les 20 mn idéalement) pour reposer les yeux.

➤ Modifier les habitudes alimentaires des familles qui n'hésitent souvent pas à manger devant les écrans

Conclusion

Le travail des différents professionnels de santé en ce qui concerne les écrans est une tâche ardue car il faut que les parents comprennent le rôle délétère que peuvent jouer les écrans sur la santé de l'enfant ; et dans certains foyer cela est très difficile.

A ce titre, la prévention, et la répétition des règles d'utilisation des écrans doivent être effectuées par les différents professionnels de santé.

Ils doivent tous agir en synergie car c'est de cette manière qu'il est possible d'obtenir des résultats.

« La réussite appartient à tout le monde. C'est au travail d'équipe qu'en revient le mérite ». Piccard F.

Auteurs

Pierre FRANCES, médecin généraliste 1 rue Saint Jean Baptiste 66650 Banyuls sur mer

David VIDAL, infirmier 26 rue Saint Sébastien 66650 Banyuls sur mer

Célia PONCE DE LEON, médecin généraliste 1 rue Saint Jean Baptiste 66650 Banyuls sur mer

Bibliographie

1. Santi P. Les écrans une prison pour nos enfants. <https://www.letemps.ch/societe/ecrans-une-prison-nos-enfants>.
2. Les écrans éteignent notre santé. https://www.mae.fr/article/prevention/31-08-2017/les-ecrans-eteignent-notre-sante_101.html.
3. Anderson DR, Subrahmanyam K. Digital screen media and cognitive development. *Pediatrics* 2017 ; 140 : S57-S61.
4. Twenge JM, Krizan Z, Hisler G. Decreases in self-reported sleep duration among US adolescents 2009-2015 and association with new media screen time. *Sleep Medicine* 2017; 39: 47-53.
5. Prévalences du surpoids et de l'obésité et déterminants de la sédentarité, chez les enfants de 7 à 9 ans en France en 2007. [http://invs.santepubliquefrance.fr/pmb/invs/\(id\)/PMB_9635](http://invs.santepubliquefrance.fr/pmb/invs/(id)/PMB_9635).
6. Baromètre du numérique. Equipements et usage. https://www.arcep.fr/uploads/tx_gspublication/barometre_du_numerique-2017-infographie-271117.pdf.
7. Tisseron Serge. 3-6-9-12. Apprivoiser les écrans et grandir. Ed. Erès 2017.
8. Pasquinelli E, Zimmermann G, Bernard-Delorme A, Descamps-Latscha B. Les écrans, le cerveau... et l'enfant. Ed. Le Pommier 2013.
9. Bourcier S. L'enfant et les écrans. Ed. Hôpital Sainte Justine 2011.
10. Bach JF. L'enfant et les écrans. Avis de l'Académie des Sciences. Ed. Le Pommier 2013.
11. Dieu-Osika S. Les écrans mode d'emploi pour une étude raisonnée en famille. Ed. Hatier 2018.

Snjmg

GARDER CONTACT - ADHERER

www.snjmg.org

Tél. 07 71 05 13 81

N'hésitez pas, nous sommes là pour ça !



Retrouvez toutes
nos actualités et
communiqués sur le site

snjmg.org



Recrutement d'un médecin généraliste pour intégrer une équipe médicale dynamique (Autorisation d'exercice requise).

L'EHPAD ÉMILE GÉRARD recherche un médecin salarié :

Un médecin généraliste ou PH inscrit au Conseil de l'Ordre

L'EHPAD Émile Gérard dispose de 240 places et est situé en Seine-Saint-Denis à Livry-Gargan.

Plusieurs médecins salariés exercent déjà dans l'établissement.

Horaires confortables. Pas de garde.

Temps plein ou partiel.

Poste à pourvoir le plus rapidement possible.

AVANTAGES :

- Participation au transport.
- RTT.
- Rémunération intéressante.



MERCI D'ADRESSER VOS CANDIDATURES À

Madame Estelle Bonnetterre

E-mail : e.bonnetterre@ehpadegerard.com

Téléphone au 01 41 70 77 38

CENTRE MÉDICO-DENTAIRE ADMD MYRHA

22 rue Myrha - 75018 Paris

Tél. : 01 56 55 55 10



Recherchons dès maintenant UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Disponible le lundi, mardi et jeudi pour intégrer l'équipe de notre centre pluridisciplinaire. Vous rejoignez un établissement dynamique en recherche de projets innovants en santé au travail.

Notre activité est conséquente et diversifiée et notre patientèle agréable. N'hésitez pas à nous contacter pour plus de précisions.



CONTACT

Mme Dieumelle MACKOUMBOU

Tél. : 06 22 96 22 96

E-mail : m.dieumelle@gmail.com

Avec nos remerciements pour l'intérêt que vous porterez à notre annonce.



LA COMMUNE D'ANGERVILLIERS recrute UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

PRÉSENTATION DU TERRITOIRE

Angervilliers est une charmante commune française située à 36 kms au sud-ouest de Paris dans le département de l'Essonne, en région Île-de-France (proche du péage de Dourdan, de la gare autoroutière de Briis-sous-Forges et des lignes B et C du RER). Commune de 1 700 habitants, c'est un bourg agréable, boisé et rural dont l'église et le domaine des 3 colonnes éveillent la curiosité des randonneurs.

Avec une école maternelle et élémentaire, sa supérette, sa pharmacie, sa boulangerie et son coiffeur qui rythment la vie paisible de la commune et ses régulières animations associatives.

ÉTAT DES LIEUX

Notre futur médecin assurera le rôle de généraliste auprès d'une population rurale-urbaine de tous âges (1 700 habitants avec une évolution démographique prévisionnelle de + 17.65 % à l'horizon de la décennie à venir, ainsi qu'un bassin de population de 10 000 habitants). Le cabinet médical propose un tissu médical composé de : Un(e) psychologue / psychothérapeute, un(e) infirmière, un(e) sexologue, un(e) ostéopathe et d'une maison de retraite sur la commune de 80 lits.

Avec un chiffre d'affaires potentiel de 100 à 130 k€ annuel (une estimation de 20 consultations par défaut par jour), un loyer de 300 € par mois (exonération la première année), charges classiques prises en charge par la commune (eau, chauffage électricité) le matériel médical neuf est mis à disposition (bureau, fauteuil, chaise, meuble de rangement, table d'auscultation, prise internet).



CONTACTS : BOYER Dany (Maire) - 06 73 77 90 44 - maire@ville-angervilliers.fr

LE PÔLE DE SANTÉ DE COURTENAY

établissement de l'Association des Caducées du Gâtinais, **recrute des :**

MÉDECINS GÉNÉRALISTES et/ou des SPÉCIALISTES

Postes de salarié en CDI à temps plein ou à temps partiel, à pourvoir rapidement.

Vous évoluerez dans un environnement où sont déjà engagés deux médecins généralistes chevronnés.

Votre mission consiste à assurer les consultations de médecine de ville en cabinet, prévoir quelques visites à domicile pour certains de vos patients si vous l'estimez nécessaire.

Les consultations se font uniquement sur RDV avec une plage horaire dédiée aux urgences.

Courtenay est situé dans le nord du Loiret, à la croisée des autoroutes A6 et A19, à 110 km de Paris et 80 km d'Orléans, entre Sens (89) et Montargis (45).

Le Pôle de santé de Courtenay propose les conditions suivantes :

- Postes en CDI / CDD.
- Possibilité de temps de travail adapté et ou de vacation.
- Rémunération selon expérience de 5 000 à 6 400 € brut/mois.
- Temps plein : 35h ou 39 h avec RTT.
- Participation aux frais de repas.
- Prise en charge de la RCP.



Pôle de santé de Courtenay
Un établissement du groupe Les Caducées du Gâtinais
09 72 20 02 97
www.maiaa.com

CONTACT

Madame Alice Grosso,
Responsable du pôle de santé
Tél : 06 62 56 67 38
direction.cds@courtenay.eu
Pôle de santé de Courtenay,
2 Rue du Maréchal Foch,
45320 COURTENAY
SIRET 852 399 740 00053

recherche **MÉDECIN**



REJOIGNEZ **UN PÔLE SANTÉ MODERNE ET ADAPTÉ** DANS UNE COMMUNE DYNAMIQUE QUI CULTIVE LA QUALITÉ DE VIE

Pour répondre aux besoins d'une population familiale en croissance, la commune de Chouzy-sur-Cisse complète son offre de santé :

Sur place, un pôle santé pluridisciplinaire performant accueillant d'ores et déjà : *Médecin, dentiste, kinésithérapeutes, ostéopathe, infirmiers, psychologue, diététicienne, pédicure-podologue, pharmacie ...*

À partir du 2^e semestre 2020 : 4 cabinets médicaux entièrement neufs seront mis à votre disposition.

▶ **INSTALLEZ VOUS EN TOUTE SÉRÉNITÉ :** **NOS ATOUTS**

- Des locaux clés en mains, pensés et adaptés pour les professionnels de santé.
- Répondant aux normes d'accessibilité pour tous les patients.
- Au cœur du Centre-Bourg, sur une place commerçante et totalement rénovée.
- Équipés de la 4G.
- Une population familiale, active et diversifiée (2 500 habitants).
- Équipés de la fibre (à partir de 2022).

CONTACT

Catherine LHERITIER,
Maire de Valloire-sur-Cisse
(41150)

02 54 33 55 45

06 27 83 18 71

02 54 33 55 43

dgs@valloire-sur-cisse.fr



Médecins généralistes

SAINT-JULIEN-EN-SAINT-ALBAN (07000)



CONTEXTE



La commune de SAINT-JULIEN-EN-SAINT-ALBAN, va dans quelques mois devoir faire face au départ à la retraite du médecin généraliste.

Force est de constater que la pratique médicale a évolué et amène les professionnels de santé à vouloir exercer avec davantage de souplesse et moins de lourdeur administrative dans leur fonction. Le salariat de professionnels de santé (2 Équivalents Temps Plein) pourrait, de ce fait, parfaitement répondre à vos et nos besoins en matière de maintien d'offre de santé.

Assurément tournée vers l'avenir, la municipalité souhaite dans un premier temps répondre à un besoin de médecine générale, et à l'horizon 2022, offrir à l'ensemble des habitants de la Vallée une offre de santé pluriprofessionnelle mêlant des compétences médicales et paramédicales peu existantes à proximité. Ce projet s'inscrit dans le programme « Cœur d'Ouvèze » portée par la municipalité de SAINT-JULIEN-EN-SAINT-ALBAN visant à offrir un complexe urbain intégrant commerces, habitat et plateau médical.

LES AVANTAGES

Sur l'exercice des missions :

Structure sanitaire de proximité, le centre de santé présente de nombreux avantages pour les professionnels de santé. Il permet :

- Un statut salarié (35 heures + congés annuels).
- Un exercice regroupé et coordonné.
- Un allègement de la charge de travail administratif.
- Une diversification des activités.
- Une meilleure conciliation entre vie familiale et professionnelle.

Pour votre installation :

- Possibilité de faciliter l'intégration de votre famille (logement, emploi, scolarisation, etc.).
- Vous serez mis en relation avec le collectif CODASAM – qui vous permettra de tisser du lien avec le réseau des professionnels de santé en ARDECHE.
- Vous intégrerez une commune très dynamique (important réseau associatif qui dispose de toutes commodités (commerces de proximité)
- Un accès géographique proche des grands axes routiers (A7 à 10 minutes – Gare TGV à 30 minutes).
- Une qualité de vie privilégiée entre montagnes et rivières.

Vous ne serez pas seul ! La commune dispose d'une pharmacie, de 2 médecins pneumologues, d'un cabinet dentaire et d'un cabinet d'infirmiers.



Le centre de santé sera implanté à SAINT-JULIEN-EN-SAINT-ALBAN et rayonnera sur les communes de la Vallée de l'Ouvèze afin d'améliorer l'accessibilité aux soins de premiers recours dans des zones à faible densité médicale.



Définition synthétique du poste

Le médecin assure la prise en charge des soins de premier recours de la patientèle du Centre de santé. L'essentiel de son activité est donc la réalisation de consultations.

Il travaille particulièrement en lien avec la municipalité de SAINT-JULIEN-EN-SAINT-ALBAN.

MOYENS TECHNIQUES ET INFORMATIQUES

Définition des activités

- Réalisation des consultations.
- Suivi médical de patients.
- Gestion du dossier médical des patients.
- Réalisation d'actions de prévention santé.
- Participation aux réunions de coordination.
- Liens avec les partenaires pour faciliter la prise en charge globale des patients.



Compétences requises

- **Savoir**
Notion de l'environnement d'une collectivité territoriale.
- **Savoir-faire**
Capacité d'écoute et d'adaptation en fonction du public.
- **Savoir-être (professionnel)**
Rigueur, Disponibilité, Discrétion.
- **Diplôme obligatoire, permis :**
Diplôme de médecine générale.
Permis B.

Cabinet médical équipé & secrétariat.



POUR CANDIDATER

Nous attendons vos candidatures à :
secretariat@saint-julien-en-saint-alban.fr
ou troadeclorenedjoint@gmail.com

RECHERCHE

2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES

EXERCICE LIBÉRAL



PATIENTÈLE VARIÉE ET FIDÉLISÉE DEPUIS PLUS DE 35 ANS :

- Exercice Secteur I - Sur RDV au cabinet uniquement - Secrétariat Médical.
- De 3 à 5 gardes par semestre (Week-end et jours fériés).
- Exercice hors période COVID : Limitation à 30 consultations par jour.
- Exercice modifié en période COVID : Limitation à 21 consultations par jour.
- Vu la demande de soin importante, il y a le potentiel pour une association à 2 médecins.
- Conditions de vie excellentes et confortables.
- Communauté médicale dynamique et bonnes relations confraternelles.

LES LOCAUX ACTUELS (70 M² RÉNOVÉS) :

- Locaux plain-pied.
- 1 salle de consultations, 1 salle d'attente, 1 espace secrétariat, 1 salle de réunion/repos.
- Locaux lumineux et calme.
- Respect des nouvelles normes d'accessibilité.
- Parking gratuit en face du cabinet médical.
- Locaux équipés mis à disposition par la commune.

LES LOCAUX À VENIR (2022) :

- Plateau de plain-pied de 230 m² dédié au médical - projection sur une offre de santé pluri professionnelle.
- 4 box d'environ 30 m², 1 box de 50 m² et espace d'attente - secrétariat.
- Situé au centre bourg.
- Respect des nouvelles normes d'accessibilité.
- À proximité de la pharmacie et autres professionnels de santé.
- Parking gratuit.

ENVIRONNEMENT MÉDICAL DANS LE VILLAGE :

- 2 Médecins pneumologues - Infirmiers - Dentiste - Pharmacie dans la commune.
- 1 Médecin généraliste, infirmiers, kinésithérapeute dans la commune voisine (À 3.5 km).
- Hôpital à 10 km : PRIVAS et à 30 km : VALENCE.
- Plusieurs maisons de retraites à proximité.
- Toutes les spécialités médicales représentées dans un rayon de 10 km.

LOCALISATION :

- SAINT-JULIEN-EN-SAINT-ALBAN (07) à 10 km de PRIVAS ville préfecture (8 200 habitants).
- 30 km de VALENCE (62.500 habitants).
- 30 km de MONTELMAR (38.400 habitants).
- À 2h15 de PARIS en TGV (Gare VALENCE TGV : 30 Min).
- À 1h30 de MONTPELLIER - À 1h15 de LYON (En voiture).



CONTACT :

secretariat@saint-julien-en-saint-alban.fr
troadeclorenedjoint@gmail.com



OUVERTURE LE 15 OCTOBRE 2020

du **PÔLE MÉDICAL à 11 Cabinets**
de **SAINT-ALBAN-DU-RHÔNE (38)**
2 Cabinets sont encore disponibles

LA COMMUNE DE SAINT-ALBAN-DU-RHÔNE
recherche :

- **1 MÉDECIN GÉNÉRALISTE**
- **1 PARAMÉDICAL OU MÉDECIN SPÉCIALISTE**

Sage-femme, ergothérapeute, pédicure, podologue, orthophoniste, orthoptiste, diététicien, audioprothésiste, ophtalmologue ...

Saint-Alban-du-Rhône est une commune de l'Isère Rhodanienne de 900 habitants, située au carrefour de 5 départements et à 40 minutes de Lyon par l'autoroute. Selon l'ARS, elle est classée en Zone d'Intervention Prioritaire sur le plan médical, et selon l'ORS, elle est classée en zone de vigilance.

La commune appartient à la Communauté de Communes « Entre Bièvre et Rhône » (EBER), qui regroupe 37 communes pour 67 000 habitants. Son territoire est fortement industrialisé (chimie, nucléaire, zone industrielo-portuaire), mais la tradition agricole a été préservée (arboriculture).

Le projet de pôle médical comprend 11 cabinets installées sur deux étages (avec ascenseur) dans une maison de maître située dans un parc arboré de 24 000 m² (Espace Gabriel Veyre), près de la confluence Varèze / Rhône et face au Mont Pilat (Parc Naturel Régional).

Les travaux de réhabilitation du bâtiment sont bien avancés et devraient se terminer fin septembre 2020.

Cabinets ayant fait l'objet d'une promesse de bail : 3 cabinets de médecins généralistes, 2 cabinets de kinés, 1 cabinet d'orthophoniste, 1 cabinet avec 2 psychologues cliniciennes, 1 cabinet avec 2 infirmières et 1 cabinet d'ostéopathie, soit 9 cabinets déjà réservés.

La commune, qui loue les locaux, dispose de deux cabinets disponibles au 1^{er} étage : Un de 25,91 m² pour un médecin généraliste (loyer de 415 € / mois), le second de 33,27 m² destiné à un praticien d'une discipline médicale listée ci-dessus (loyer de 480 € / mois).

Une Maison d'Assistants Maternelles (MAM) est réalisée dans le même temps en rez-de-jardin de ce bâtiment, avec 3 assistantes maternelles pour 12 enfants.

La création dans ce parc de 20 logements par un bailleur social (SDH), dont 14 destinés aux seniors, est prévue pour 2021.

À proximité : Hôpital de Vienne (17 kms), clinique de Roussillon (8 kms), clinique Trenal de Sainte-Colombe (15 kms) et Centre Hospitalier d'Annonay (30 kms).



CONTACT : Monsieur Le Maire Denis CHAMBON - Maire de Saint-Alban-du-Rhône - 06 48 00 88 09 - denischambon@wanadoo.fr

Recherche
1 À 2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES

La Commune de CHENS-SUR-LEMAN

se situe sur les bords du Lac Léman, elle compte environ 3000 habitants.

Actuellement, un médecin généraliste est installé dans le village et souhaite se désengager progressivement. Un kiné, un cabinet d'infirmier, un ostéopathe, un psychologue clinicien sont présents sur notre Commune.

De plus, CHENS-SUR-LEMAN offre des services de qualité tant au niveau des services publics (école maternelle et élémentaire, médiathèque, poste, centre de loisirs, micro-crèche) qu'au niveau associatif (culture, loisirs, sports) et au niveau économique avec commerces : Épicerie, coiffeur, bar tabac, boulangerie, 3 restaurants.

Plusieurs pharmacies sont dans les alentours (environ 5 km) et une pharmacie devrait ouvrir prochainement sur la Commune. La clientèle est nombreuse et le travail ne manque pas, c'est pourquoi la Commune est prête à s'engager pour l'accueil de 1 ou 2 médecins avec local et habitation pour l'un de ces médecins (le détail des conditions sera discuté avec le médecin retenu).

CONTACT Mairie de CHENS-SUR-LEMAN au 04 50 94 04 23



MONTREAL DU GERS

RECHERCHE

1 à 2 Médecins Généralistes

Le Gers, terre d'accueil souvent comparée à la Toscane, possède de nombreux atouts : sa qualité de vie et ses nombreux festivals qui ponctuent l'été.

Montréal du Gers, fait partie des Plus Beaux Villages de France, situé à 1h30 de Toulouse et Bordeaux (Autoroute à 45 minutes – Agen), des plages de l'Atlantique et des Pyrénées.

Dans notre bourgade de 12 00 habitants vous trouverez :

- Des commerces : Supérette, épicerie fine, boulangerie, boucherie, tabac-presses, coiffeur, caveaux de vin, deux restaurants, poste, station-service.
- Des artisans.
- Des producteurs.
- De nombreuses associations qui font vivre le village tout au long de l'année.
- L'école accueille les enfants de la maternelle au CM2 complétée par un service périscolaire de garderie, une cantine. Le collège et le lycée se situent à 15 kms avec un ramassage scolaire.
- Assistantes Maternelles.
- Aides ménagères – ADMR.
- La maison de retraite d'une capacité de 31 résidents.
- La caserne de Sapeurs-Pompiers.
- La Gendarmerie.

Un voire deux médecins disposeront d'une patientèle très nombreuse qui est dans l'attente de **médecin généraliste pour venir compléter les soignants déjà présents** au village :

Médecin, cabinet d'infirmières, dentiste, kinésithérapeute, ostéopathe, diététicienne, pharmacienne seront là pour vous soutenir.

Le centre hospitalier avec SMUR est à 15 minutes.

Pour vous épauler, un médecin connaissant la patientèle s'est proposé et sera disponible pour assurer les remplacements pendant les vacances et les vacances scolaires. Située en zone de revitalisation rurale, vous pourrez bénéficier d'aides à l'installation.

La municipalité de Montréal du Gers réservera le meilleur accueil et mettra tout en œuvre pour faciliter votre installation.

CONTACT :

Monsieur LE MAIRE
M. Gérard BEZERRA
05 62 29 52 00

mairie-montreal@wanadoo.fr



CENTRE HOSPITALIER DE MONTAUBAN
(82 TARN ET GARONNE) RÉGION OCCITANIE
50 Kms de Toulouse par autoroute

RECHERCHE

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE
POUR SON HAD POLYVENTE

L'unité d'hospitalisation à domicile polyvalente du Centre Hospitalier de Montauban est autorisée pour une capacité maximale de 30 places. Cette unité dispose deux postes médicaux.

Ces postes sont à pourvoir dans l'établissement pivot du département

Les candidatures et CV sont à adresser à :

Madame la Directrice des Affaires médicales
100 rue Léon Cladel – 82013 MONTAUBAN



UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE
POUR SON PÔLE DE PSYCHIATRIE ADULTE



Pour tout renseignement vous pouvez contacter pour la

- HAD Polyvalente : Docteur Jérôme HEYSCH DE LA BORDE – 05 63 92 81 57
- Psychiatrie Adulte : Docteur Chantal MARTINEZ – 05 63 92 81 92



LE CAMSP DE REIMS recrute MÉDECIN COORDONNATEUR

PLATEFORME DE COORDINATION ET D'ORIENTATION
DES TROUBLES DU NEURO-DÉVELOPPEMENT (TND)
pour les enfants de 0-6 ans.

Temps de travail hebdomadaires : 21h00, soit 0,6 ETP.
Durée du contrat : CDI.
Lieu de travail : CAMSP de REIMS.
Statut : Cadre.
Rémunération : Selon grille de rémunération
de la convention collective applicable 66 :
Médecin coordonnateur.



CONTACT :

PASQUIER JEREMY,
DIRECTEUR DU CAMSP
DE REIMS ET
DE SON ANTENNE À
CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE
Direction.camsp@ims-ne.org
03 26 35 35 23

ACTIVITÉS PRINCIPALES :

1. Appui aux professionnels de 1^{ère} ligne.
2. Participer à la construction du parcours de bilan et d'intervention précoce mis en œuvre par la PCO.
3. Favoriser les coopérations territoriales dans le champ des Troubles du Neuro-développement de l'enfant.
4. Assurer des actions de communication/sensibilisation dans le champ des Troubles du Neuro-développement de l'enfant auprès des professionnels de 1^{ère} ligne.

PROFIL :

Titulaire du Doctorat en Médecine.
Connaissances et/ou expériences approfondies
dans le champ des Troubles du Neuro-
Développement de l'enfant et des Troubles du
Spectre de l'Autisme.
Connaissance des réseaux existants.
Qualité relationnelle, sens du travail en équipe
pluridisciplinaire.

En vue d'assurer le remplacement d'un futur départ à la retraite, L'HÔPITAL DE RIBEAUVILLÉ

190 lits (25 lits de SSR polyvalent, 5 places d'hôpital de jour
SSR, 46 lits d'USLD et 119 lits d'EHPAD).



RECRUTE UN MÉDECIN

À temps plein ou à temps partiel
PH, attaché ou CDI à compter du 1^{er} janvier 2021



- En priorité pour la prise en charge des patients du service SSR.
- Participation obligatoire à l'astreinte fonctionnelle commune à l'ensemble des services de l'établissement.
- **Prérequis :**
Être inscrit à l'Ordre des médecins.

Rémunération sur la base des PH.

CANDIDATURE À ENVOYER À

Hôpital de Ribeaupillé - **Monsieur le directeur**
13-15 rue du château - CS 60047 - 68152 RIBEAUVILLÉ Cedex
ou par email aux adresses suivantes : direction@hopital-ribeauville.fr
rh@hopital-ribeauville.fr



CHERCHE

croix-rouge française
PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS



Sous la responsabilité du Directeur, vous êtes le Médecin traitant pour les adultes polyhandicapés de la MAS et pour les enfants de l'EEAP. En lien avec les Médecins extérieurs : **Généralistes, Chirurgiens, Médecins du CHU, Médecins traitant.**

Titulaire du Doctorat d'État en médecine et vous êtes inscrit(e) à l'Ordre départemental des médecins. Vous avez idéalement une expérience et vous possédez le permis B.

UN(E) MÉDECIN GÉNÉRALISTE

En CDI

- Temps partiel (17.50 à 20h /semaine, temps à discuter et possibilité temps plein avec un établissement externe partenaire).
- Poste basé à MESSIGNY-ET-VANTOUX (et IS-SUR-TILLE si temps plein avec l'établissement partenaire), proche DIJON.

Adresser votre candidature (CV + lettre de motivation) à l'attention de la **Directrice du complexe Polyhandicap** :
mas.messigny@croix-rouge.fr



LE RÉSEAU ADMR DE LA HAUTE SAÔNE

Vous serez amenés à prendre en charge une patientèle variée au sein d'un Cabinet médical mais également au domicile.

Consultations avec ou sans rendez-vous, vous serez épaulés par une secrétaire médicale. Vous participerez à la permanence des soins.

Vous intégrerez un service pluridisciplinaire composé de confrères, d'infirmiers, d'acteurs du sanitaire, du social et du médico-social. Vous participerez à la rédaction et à l'évolution du projet de santé du centre.

Vous accueillerez des stagiaires internes en médecine générale, en accord avec la Faculté de Médecine.

Vous pouvez postuler par courrier ou par mail : **Mme CUDEY Patricia, Directrice Générale,**
Fédération ADMR - pcudey@fede70.admr.org - 30 rue Marcel Rozard - 70000 FROTEY-LES-VESOUL

RECHERCHE

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE (H/F)

Expérimenté ou récemment diplômé, inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins.
CDI temps complet ou temps partiel.
Poste basé à Saulnot.

Rémunération selon la catégorie de la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement des soins et des services à domicile (BAD). 77K€ brut annuel pour un temps plein.

Mise à disposition d'un véhicule.

Type d'emploi : Temps plein, Temps partiel, CDI.



PHARMACIE DES MOULIÈRES - MAISON MÉDICALE DE MIMET

Centre de soins pluridisciplinaire (1 généraliste et 1 gynécologue 1 dentiste 1 laboratoire 1 pharmacie 1 cabinet infirmier...).

CHERCHE

MÉDECINS GÉNÉRALISTES et SPÉCIALISTES pour compléter l'équipe

Pour de plus amples renseignements, veuillez nous contacter

☎ 06 50 76 41 57

✉ miglasphar@orange.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'APT

recrute DES MÉDECINS GÉNÉRALISTE et DES URGENTISTES

Établissement de proximité doté d'un service d'urgence et d'unité de médecine polyvalente, chirurgie orthopédique et viscérale, d'un SSR et USLD, d'un Ehpad de 66 places. 370 salarié au sein du centre hospitalier.

L'établissement est situé au cœur du Luberon.

Type d'emploi : Temps partiel, CDD.

Salaire : À partir de 5 000,00 euros par mois.

Avantages : RTT.

Horaires : Périodes de Travail de 10 Heures.

Expérience : 1 an minimum souhaité.

Formation : Bac + 8 (Doctorat) (Requis).

Certificats et autres accréditations :

Inscription à l'Ordre (Requis).



PERSONNE À CONTACTER

Anne BLANC, DRH - DAM

04 90 04 33 03 - anne.blanc@ch-apt.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE TOULON

L'hôpital de La Seyne-sur-Mer, ouvert en 1995, confirme sa vocation d'établissement de proximité. Il accueille le service des urgences et assure les activités de médecine polyvalentes avec 80 lits. Il dispose également d'un plateau technique lui permettant de pratiquer les actes d'imagerie. Il concentre à ce titre l'activité de court séjour tout en garantissant certaines activités de soins palliatifs, de moyen séjour, notamment l'accueil des personnes âgées et les activités de psychiatrie.

RECHERCHE

2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES

CHI TOULON LA SEYNE-SUR-MER (CHITS) - VAR

LIEU D'ACTIVITÉ : Hôpital de La Seyne-sur-Mer.

CONTRAT(S) : Assistant généraliste ; Assistant spécialiste ; Praticien Hospitalier ; Praticien contractuel.

DESRIPTIF :

L'équipe est composée de cinq Praticiens Hospitaliers, cinq Praticiens Contractuels, un Assistant Spécialiste, et d'un Interne de Médecine.

Cadre de vie exceptionnel dans la préfecture du Var en bord de mer.

Aéroport de Toulon à 15 minutes et de Marseille à 1 heure.



PERSONNE À CONTACTER

M. Frédéric DELPECH, Directeur des Affaires Médicales par intérim

Tél. : 04 83 77 24 60 - frederic.delpech@ch-toulon.fr

Mme Aline LEONIS, Attachée d'Administration Hospitalière

Tél. : 04 83 77 24 61 - aline.leonis@ch-toulon.fr - dam@ch-toulon.fr

54 rue Ste Claire Deville - CS 31412 - 83056 TOULON Cedex

Tél. : 04 83 77 24 66 - Fax 04 83 77 24 65



La Commune de Gamaches

RECHERCHE DES MÉDECINS généralistes et spécialistes

Notre territoire est notamment dépourvu en Ophthalmologistes et gynécologues. Actuellement sur les 4 médecins généralistes, 2 vont faire valoir leur droit à la retraite avant 2021 d'où l'urgence de pallier ce manque de praticiens.

La construction de notre maison de santé est très récente, elle est terminée depuis environ 6 mois, les locaux sont spacieux, agréables et ne demandent qu'à « vivre ».

De plus notre bourg de 2500 habitants est situé dans une région dont l'attrait touristique ne peut échapper. En effet, il est situé au beau milieu de la forêt d'Eu, à 25 km de l'une des plus belle Baie d'Europe « LA BAIE DE SOMME » et les plages du Tréport et de Mers-les-Bains à moins de 15 kilomètres.

Sur le plan culturel GAMACHES est à une heure des Villes de ROUEN et AMIENS, puis à 2 heures de PARIS. Des possibilités de logements sont envisageables.



Contact : gamaches@wanadoo.fr



CENTRE D'EXAMENS DE SANTÉ DE LA CPAM DE DORDOGNE

RECRUTEMENT



MÉDECIN GÉNÉRALISTE (H/F)

au Centre d'Examens de Santé de la Dordogne.

CDI – Temps Partiel.

5 matinées et une après-midi par semaine (21h40).

Lieu : Périgueux

Salaire : 2716 € mensuel brut (+ intéressement, primes de vacances, 13^e mois).

Poste à pourvoir rapidement.

DESCRIPTION DE LA STRUCTURE

Le Centre d'Examens de Santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Dordogne réalise chaque année 4 000 examens de prévention en santé auprès de la population périgourdine, plus particulièrement en direction des publics les plus éloignés du système de soins (67 % des consultants). Il participe également à différents programmes nationaux de santé publique et propose des ateliers d'éducation en santé et d'éducation thérapeutique aux personnes atteintes de pathologies chroniques.

DESCRIPTION DU POSTE

La personne retenue aura pour principales missions de :

- Assurer les consultations médicales dans le cadre de l'examen de santé.
- Réaliser la synthèse du dossier patient à l'issue de l'examen de santé.
- Animer des ateliers d'éducation thérapeutique.
- Contribuer à la démarche qualité dans son champ de compétences.

PROFIL RECHERCHÉ

Titulaire d'un doctorat en médecine et inscription au tableau du Conseil de l'Ordre. Une formation ou une pratique significative en santé publique et/ou en médecine de prévention serait un plus.

Les effectifs du CES sont constitués de :

- 4 médecins,
- 2 dentistes,
- 5 infirmières,
- 7 personnels administratifs.

Avoir une capacité à :

- Adapter sa pratique en fonction de la qualité du public reçu.
 - Envisager sa pratique dans une approche globale de la santé.
 - Engager et accompagner les consultants dans une démarche de changement.
 - Travailler en équipe pluridisciplinaire.
- Avoir une aptitude à la communication en interne. Maîtrise de l'outil informatique. Permis B.

CONDITIONS PARTICULIÈRES

Disponibilité exigée pour embauche à partir de 7h45 - Mutuelle / Prévoyance - Comité social et économique.



CV ET LETTRE DE MOTIVATION PAR MAIL

A l'attention de Madame la Directrice de la CPAM de la Dordogne : **Service des Ressources Humaines**
50 rue Claude Bernard - 24910 PÉRIGUEUX Cedex - recrutement.cpam-perigueux@assurance-maladie.fr



LE CENTRE DE SANTÉ POLYVALENT MÉDIQAL CÔTE BASQUE - ANGLÈT (64)

Recrute

Deux médecins généralistes

CDD long ou CDI temps plein.

CONTACT

MME WANTZ CATHERINE

Directrice,

05 59 01 16 60 - 07 68 95 01 96

Notre équipe pluridisciplinaire est impliquée et attentive pour tout mettre en œuvre afin de proposer un accompagnement médical personnalisé de qualité et apporter à chaque personne santé, confort et sécurité.

Une équipe d'infirmières impliquée et bienveillante intervient à domicile pour tous vos besoins en soins infirmiers (Soins techniques, soins de nursing, soins de confort, entretien infirmier...) dans le respect.

C'est dans ce cadre que la pluridisciplinarité de l'équipe peut affirmer tout son sens, et apporter les ressources d'un soutien éclairé.

DU échographe et/ou expérience en centre de santé apprécié.

Logement possible.





Groupe hospitalier à rayonnement régional, le CHU de Poitiers se situe sur un territoire au patrimoine culturel et scientifique fort, animé par les pôles d'innovation de l'Université et de ses Grandes Écoles.

Disposant d'une capacité de 1 600 lits et places dans une infrastructure en constante modernisation, le CHU assure une mission de proximité, d'appel régional et de recours pour les 1 770 000 résidents du Poitou-Charentes, notamment en cardiologie, cancérologie, gériatrie, neurochirurgie, pédiatrie, biologie et imagerie.

LE CHU RECRUTE

DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES pour le site de Montmorillon

Un poste de **Médecin Généraliste ou interniste** est à pourvoir dans l'année suite à un départ à la retraite, pour le service de Médecine Polyvalente de 30 lits + 3 lits USC dans Centre médico-chirurgical à MONTMORILLON, appartenant au CHU de POITIERS, à 45 km (3/4 d'heure) de Poitiers avec l'ouverture d'un nouveau bâtiment (Juin 2020) :

ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL

- 3 PH temps plein.
- 2 500 entrées, DMS 6,5 j.
- Astreintes rémunérées au forfait, assurées par 5 PH.
- 2 appareils d'échographie générale + cardio-vasculaire.

Nombreux consultants médicaux :

- Cardiologie 2,5 jours par semaine.
- Pneumologie 1 jour par semaine.
- Endocrinologie 1 jour par semaine.
- Neurologie 1 jour par semaine.
- Gastro-entérologie 2 jours par semaine.
- Rhumatologie 2,5 jours par semaine.
- Médecine vasculaire 2,5 jours par semaine.

Nombreux consultants chirurgicaux :

- Viscérale 3 jours par semaine.
- Orthopédie 5 jours par semaine.
- Urologie 2 jours par semaine.
- Vasculaire 1 jour par semaine.
- Plastique une demi-journée par semaine.
- Gynécologie 4 jours par semaine.
- Ophtalmologie 3 jours par semaine.

Télé-expertise pluridisciplinaire avec le CHU.
Service d'urgence + SMUR (10 000 passages / an).
Imagerie dont scanner (PH + télé-radiologie).
Service de Soins de suite, 28 lits.
EHPAD (150 lits).
Logiciels informatiques communs avec le CHU.

MISSIONS PRINCIPALES

Exercice polyvalent attractif, avec l'intérêt d'avis pluridisciplinaires et d'accès rapide à l'imagerie, dans une structure de petite taille avec équipe soudée et relations personnalisées avec intervenants du CHU.

POUR LE SITE DE CHÂTELLERAULT

- 539 lits dont 109 lits et places de médecine, 47 lits et places de chirurgie (bloc de 7 salles), 19 lits et places de gynéco-obstétrique, 55 lits de SSR et 305 lits EHPAD et USLD.
- 1 service d'urgences (25 000 passages par an) et 6 lits d'UHCD.
- 1 service d'imagerie dont 1 scanner et 1 IRM.
- 1 PUI dont 1 stérilisation et une unité de reconstitution des cytotoxiques.
- 1 Laboratoire de territoire avec le CHU.

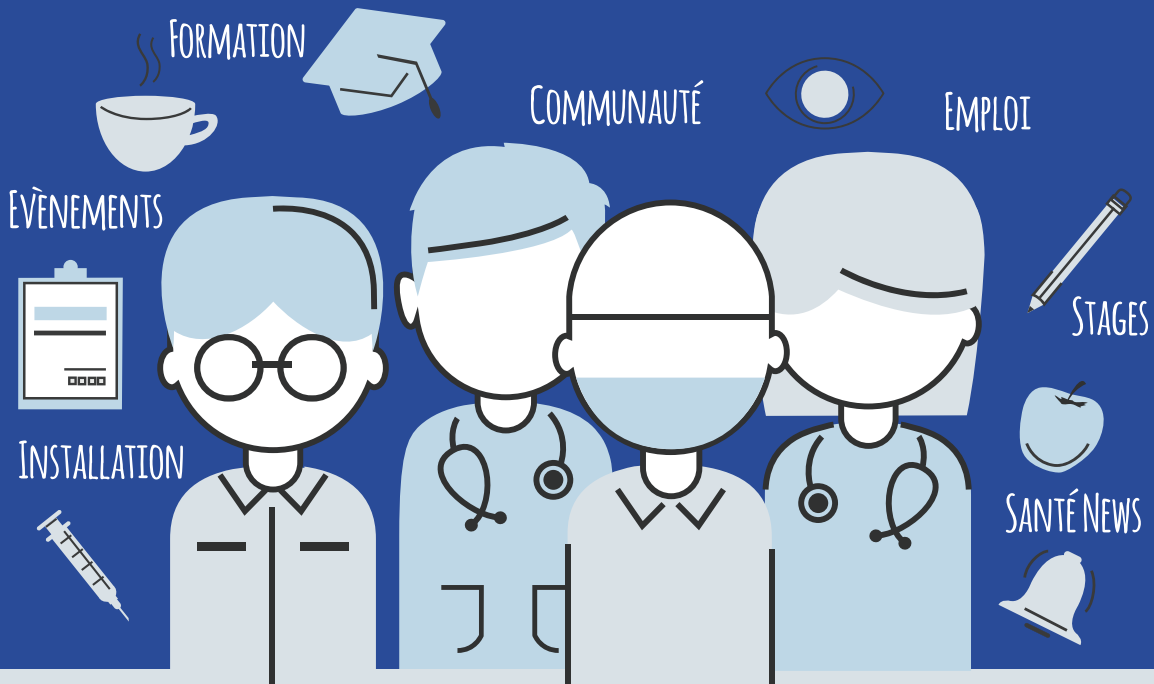
Consultations : Médecine interne, diabète, endocrinologie, oncohématologie, hématologie, infectiologie, gastro-entérologie, dermatologie, périnatalité, sages-femmes, planning familial, cardio, pneumo, ORL, OPH, rhumatologie, gynéco, uro, ortho, viscérale.

Plateaux techniques : Cardio, pneumo, endoscopies.

Des renseignements supplémentaires peuvent être demandés auprès d'**Hélène COSTA**, *Directrice des Affaires Médicales* :
helene.costa@chu-poitiers.fr

La date limite de dépôt des candidatures (CV et lettre de motivation) à déposer sur le site web du CHU [<http://www.chu-poitiers.fr/le-chu-recrute/poste-medecin-generaliste/interniste> postuler à cette offre] est le 31 décembre 2020.





RÉSEAU PRO SANTÉ

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



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE

resah.idf
Réseau des Acheteurs Hospitaliers d'Île-de-France

pôle emploi

UniHA
Union Hospitalière de l'Île-de-France

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

☎ 01 53 09 90 05 ✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

