

LE QUOTIDIEN DU MEDECIN

www.lequotidiendumedecin.fr

47^e ANNÉE - 1, RUE AUGUSTINE-VARIOT - CS 80004 - 92245 MALAKOFF CEDEX - TÉL. : 01 73 28 12 70 - ISSN 0399-2659 - CPPAP 0422 T 81257

JEUDI 6 DÉCEMBRE 2018 - N° 9708

Moins d'impôts grâce à l'immobilier Investir dans un logement loi Pinel

Mis en place en 2015, ce dispositif de réduction d'impôts a été prolongé jusqu'au 31 décembre 2021. Il est donc toujours temps de vous lancer. *Le temps de la gestion p. 18*



Darmanin: le prélèvement, ça coule de source

La profession doit-elle redouter le prélèvement à la source, qui entre en vigueur dès janvier 2019 ? Acomptes, changement de situation, création d'activité, exercice mixte, réductions d'impôts, praticiens employeurs : dans un entretien exclusif au « Quotidien », Gérard Darmanin s'emploie à rassurer les médecins libéraux. *p.2*

● **Darmanin: « Une grande réforme de simplification »**

● **L'agacement des praticiens employeurs**

● **Stratégie fiscale: les bons choix**



Oméga-3 EPA, dapagliflozine Les temps forts de l'AHA 2018

● L'édition 2018 du congrès de l'American Heart Association (AHA) a révélé des résultats essentiels, que ce soit dans le domaine du métabolisme que de l'insuffisance cardiaque. Selon l'étude REDUCE-IT, une forte dose d'oméga-3 EPA réduit le risque d'événements cardiovasculaires majeurs, en prévention primaire et secondaire. Quant à l'essai DECLARE, il révèle qu'un antidiabétique, la dapagliflozine, diminue le risque de décès cardiovasculaire et d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque. *Congrès hebdo p.13*



Effet yo-yo, rythme circadien Microbiote et obésité

● Son essai vient d'être récompensé par le prix Science & SciLifeLab. Le Pr Christoph Thaiss y décrit ses travaux: « J'ai étudié trois phénomènes de l'obésité humaine étroitement liés au mode de vie moderne. Dans les trois cas, nous avons découvert un rôle inattendu joué par la dynamique temporelle et spatiale du microbiote intestinal ». Dans ses premières expériences sur la souris, il a constaté que la perturbation du rythme circadien de l'hôte (jet-lag ou génétique) prédispose à l'obésité et l'intolérance au glucose. Dans un second travail, son équipe a montré que le microbiote contribue à la susceptibilité du sujet à reprendre du poids après un régime amaigrissant, « l'effet yo-yo » de l'obésité récurrente. Le troisième phénomène étudié concerne la susceptibilité des obèses et diabétiques à l'infection entérique et à l'inflammation systémique. *Lire la suite p. 6*

Éditorial

Le discours et la méthode

Nos lecteurs ont depuis longtemps cessé de croire au père Noël. Et pourtant, une fois n'est pas coutume, le grand argentier de Bercy est porteur, cette année, d'une plutôt bonne nouvelle. Le fisc a décidé de faire cadeau aux contribuables de l'impôt sur leurs revenus 2018. Enfin... si l'on peut dire, puisqu'on continuera quand même de payer, mais sur une autre base. Les médecins comme les autres sont concernés par cette nouvelle donne, dont le premier effet sera souvent, à vrai dire, de mensualiser ceux d'entre eux qui ne le sont pas encore. Dès janvier, les PH seront ainsi prélevés sur leurs revenus réels, les libéraux aussi en principe, même s'il y aura pour eux un décalage dans l'estimation de leurs revenus du moment.

Dans sa hotte, Gérard Darmanin est aussi celui qui a apporté cette année le droit à l'erreur aux assujettis oubliés. Et il est aussi un ministre du Budget heureux: pour la première fois depuis 18 ans, il affiche une Sécu à l'équilibre! En regard de ces prouesses législatives et financières, curieusement, le paiement à la source est perçu comme une réforme chausse-trappe... pour ne pas dire franchement casse-gueule. Comme si la France n'était pas capable de mettre en place sans heurts un dispositif en vigueur depuis longtemps chez la plupart de nos voisins. A l'automne, le président lui-même a été tenté de reporter une fois de plus ce virage, par crainte de bugs, ou pire, d'une incompréhension du nouveau dispositif par la population. Bercy a finalement emporté l'adhésion de l'Élysée, mais a dû revoir un peu sa copie. C'est dire que dans le contexte agité qui est désormais celui de l'Hexagone, le gouvernement - et Gérard Darmanin au premier chef - joue son va-tout sur cette refonte de la fiscalité. Cela valait bien, une petite explication de texte à destination des blouses blanches. *Jean Paillard*

Moins de généralistes, plus de spécialistes Les inégalités territoriales se creusent *p.4*



Quels hôpitaux de proximité demain? Pédagogie de la réforme par le ministère *p. 5*

L'incidence du cancer du sein augmente avec l'âge Le dépistage doit continuer après 75 ans *p. 7*



Détecter les violences sexuelles infantiles Une formation pour les gynécologues *p. 8*

Retrouvez-nous en continu sur lequotidiendumedecin.fr

AMERICAN HEART ASSOCIATION

Réduction du risque d'insuffisance cardiaque La dapagliflozine en prévention primaire et secondaire

Chez des diabétiques de type 2, la dapagliflozine réduit significativement le risque de décès cardiovasculaire et d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque, tant en prévention primaire que secondaire.

● Depuis qu'il a été reconnu dans la décennie 2000 que les traitements diminuant la glycémie ne réduisaient pas le risque d'infarctus du myocarde (IDM) et d'AVC, voire même que certains pouvaient augmenter le risque d'IDM et de décès

cardiovasculaire (CV), tous les nouveaux antidiabétiques proposés à l'enregistrement ont dû démontrer dans un essai clinique leur sécurité CV, c'est-à-dire qu'ils n'augmentent pas de plus de 30 % le risque d'événements cardiovasculaires

majeurs (ECVM) par rapport à un placebo.

Une dizaine d'études de ce type ont déjà abouti. Elles démontrent que les inhibiteurs de la DPP-4 n'augmentent pas le risque d'ECVM, mais ne le diminuent pas non plus. La

saxagliptine accroît significativement le risque d'insuffisance cardiaque. Certains agonistes des récepteurs au GLP-1 réduisent le risque d'ECVM (liraglutide et sémaglutide), mais d'autres non (lixisénatide et exénatide). Enfin, les gliflozines, ou inhibiteurs de la SGLT2, diminuent le risque d'insuffisance cardiaque (IC) et rénale, mais non le risque d'ECVM. Et la canagliflozine augmente les risques d'amputation des membres inférieurs et de fracture osseuse.

Plus de 17 000 patients dans l'étude DECLARE

L'essai DECLARE, conduit en double aveugle contre placebo, a pour objectif d'évaluer la sécurité CV de la dapagliflozine, un inhibiteur de la SGLT2. Il a inclus 17 160 patients, dont 60 % (10 186) en prévention CV primaire, ce qui est un record. Autre particularité, l'étude a eu deux critères principaux d'évaluation : le premier, classique, comprend les décès CV, les IDM et les AVC ; le second, les décès CV et les hospitalisations pour insuffisance cardiaque. Les valeurs de *p* ont été adaptées à la baisse pour préserver la puissance de l'analyse, qui permet de passer d'une étude de non-infériorité à une évaluation de la supériorité pour chacun des critères.

Par rapport au groupe placebo, le taux d'HbA1c sous dapagliflozine a été en moyenne inférieure de 0,42 point, le poids inférieur de 1,8 kg et la pression artérielle systolique inférieure de 2,7 mmHg.

Un bénéfice cardiaque et rénal

Le suivi moyen a été de 4,2 ans, au terme duquel les taux d'événements du premier critère primaire ont été de 8,8 % dans le groupe sous dapagliflozine et de 9,4 % dans le groupe sous placebo (HR : 0,93 ; IC95 % : [0,84 - 1,03] ; *p* = 0,17), validant la non-infériorité (*p* < 0,001) mais non la supériorité du traitement sur ce critère. Les taux d'événements du second critère primaire ont été de 4,9 % dans le groupe sous dapagliflozine et de 5,6 % sous placebo (HR : 0,83 ; IC95 % : [0,73 - 0,95] ; *p* = 0,005), validant à la fois la non-infériorité du traitement sur ce critère et sa supériorité. Ce second résultat est essentiellement dû à une forte réduction du risque d'hospitalisation pour IC (HR : 0,73 ; IC95 % : [0,61 - 0,88]), sans effet significatif sur le risque de décès CV (HR : 0,98 ; IC95 % : [0,82 - 1,17]). Les effets sur les deux critères primaires ont été homogènes que les patients soient en prévention CV secondaire ou primaire.

De plus, une diminution significative des événements rénaux sous dapagliflozine a été mise en évidence par rapport au placebo (4,3 % vs 5,6 % ; HR : 0,76 ; IC95 % : [0,67 - 0,87]).

L'étude DECLARE démontre donc la sécurité CV de la dapagliflozine, et valide son bénéfice clinique en matière de réduction du risque d'hospitalisation pour IC. Elle est la première à montrer spécifiquement que l'effet d'une gliflozine sur ces deux éléments est le même en prévention CV primaire et secondaire. Et aucune augmentation du risque d'amputation ou de fracture osseuse n'est constatée sous dapagliflozine.

Wiviott SD. Dapagliflozin and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *NEJM* 2018. DOI: 10.1056/NEJMoa1812389

Communiqué

Congrès AHA 2018

American Heart Association - Sessions scientifiques

Une Alternative française aux DES dans l'infarctus ?

Les résultats d'une Méta-analyse présentée au dernier congrès de l'AHA (novembre 2018), comparant la technologie Ti-NO développée par la société française HEXACATH depuis plus d'une décennie, ont montré dans l'infarctus une efficacité équivalente par rapport aux stents à élution de drogue (DES) associée à une supériorité en terme de sécurité.

Efficacy and Safety of Percutaneous Coronary Interventions Using Titanium-Nitride-Oxide Coated Bioactive Stents versus Drug-Eluting Stents in Coronary Artery Disease. A Systematic Literature Review and Meta-Analysis.

AHA 2018, Chicago, USA - Sun, Nov 11

Author Block: Frederic Daoud, Louis Letinier, Nicholas Moore, Univ of Bordeaux, Bordeaux, France; Pierre Coste, Univ of Bordeaux, Pessac, France; Pasi karjalainen, Satakunta Central Hosp, Pori, Finland

Disclosure Block: F. Daoud: None. L. Letinier: None. N. Moore: None. P. Coste: None. P. karjalainen: None.

Introduction:

Drug-eluting stents (DES) have mostly replaced bare-metal stents in percutaneous coronary interventions (PCI). Platforms and Eluted drugs have evolved to improve efficacy and reduce adverse events but durable efficacious doses of eluted drugs still convey risks of complications. Titanium-nitride-oxide (Ti-NO) coated stents ('Bioactive stents' BAS) have been tested versus DES in randomized clinical trials (RCTs) as a non-drug-eluting alternative.

Hypothesis:

Independent systematic review of the efficacy and safety of Ti-NO BAS vs. DES in PCI for Coronary artery disease (CAD) including stable coronary artery disease and acute Coronary Syndrome (ACS).

Methods:

Independent review and meta-analysis of RCT comparing clinical outcomes in BAS versus DES, in accordance with PRISMA, from a search in Pubmed, Embase, Web of Science and the Cochrane Library (8 March 2018). Publications and presentations were manually searched by 2 reviewers. All RCT were selected. Any disagreements were resolved by a third reviewer. Study management conformed to the Cochrane manual, and data were analyzed in RevMan 5.3. Outcomes of BAS and DES were quantitatively compiled. Sensitivity analysis was systematically performed for each endpoint.

Results:

Five RCT were identified and included, with 1855 BAS vs. 1363 DES pts at 1 year and 783 BAS vs. 771 DES at 5 years. No publication bias was detected. Risk of bias within studies was present mainly due to the inability to blind operators. ORs presented no significant heterogeneity. Outcomes, all indications pooled (at 1 year / 5 years): Stent-oriented Major Adverse Cardiac Events (TLR-MACE) RR 1.05, 95%CI [0.84, 1.31] / 0.82 [0.66, 1.02]; probable or definite stent thromboses (STH per ARC) 0.39 [0.22, 0.69] / 0.25 [0.11, 0.56]; Myocardial infarction: 0.39 [0.27, 0.57] / 0.54 [0.38, 0.76]. In ACS: TLR-MACE: 0.93 [0.72, 1.20] / 0.74 [0.58, 0.95]; STH: 0.35 [0.20, 0.64] / 0.20 [0.09, 0.49]; MI: 0.42 [0.28, 0.63] / 0.51 [0.35, 0.74]. Total deaths: no significant difference. Results were robust to sensitivity analysis. Results were driven to a large extent by results in ACS.

Conclusions:

Evidence from RCTs shows a similar incidence of MACE in BAS and DES but a lower incidence of stent thrombosis and a lower incidence in MI with BAS at 1 year and 5 years, in all patients but particularly in ACS. BAS appears to offer a better efficacy/risk than DES.

Titan Optimax est un dispositif médical implantable de Classe III, marqué CE, utilisé pour la revascularisation myocardique chez des patients coronariens (angioplastie coronaire). Titan Optimax est fabriqué par la société Hexacath SAS et distribué en France par Hexacath France SAS. Ce matériel doit être utilisé sous la responsabilité d'un médecin. Avant toute utilisation il est important de lire attentivement la notice d'utilisation jointe au produit. Les informations contenues dans ce document sont destinées aux professionnels de santé exclusivement. Titan Optimax est inscrit sur la liste des produits et prestations remboursées (LPPR) sous le code 3180468. Toutes les illustrations contenues dans ce document sont des représentations d'artistes et ne doivent pas être considérées comme des dessins d'ingénierie ou des photographies. Titan Optimax est une marque déposée de la société Hexacath.

Une Alternative française aux DES dans l'infarctus ?

Les résultats d'une Méta-analyse présentée au dernier congrès de l'AHA (novembre 2018), comparant la technologie Ti-NO développée par la société française HEXACATH depuis plus d'une décennie, ont montré dans l'infarctus une efficacité équivalente par rapport aux stents à élution de drogue (DES) associée à une supériorité en terme de sécurité.

Efficacy and Safety of Percutaneous Coronary Interventions Using Titanium-Nitride-Oxide Coated Bioactive Stents versus Drug-Eluting Stents in Coronary Artery Disease. A Systematic Literature Review and Meta-Analysis.

AHA 2018, Chicago, USA - Sun, Nov 11

Author Block: Frederic Daoud, Louis Letinier, Nicholas Moore, Univ of Bordeaux, Bordeaux, France; Pierre Coste, Univ of Bordeaux, Pessac, France; Pasi karjalainen, Satakunta Central Hosp, Pori, Finland

Disclosure Block: F. Daoud: None. L. Letinier: None. N. Moore: None. P. Coste: None. P. karjalainen: None.

Introduction:

Drug-eluting stents (DES) have mostly replaced bare-metal stents in percutaneous coronary interventions (PCI). Platforms and Eluted drugs have evolved to improve efficacy and reduce adverse events but durable efficacious doses of eluted drugs still convey risks of complications. Titanium-nitride-oxide (Ti-NO) coated stents ('Bioactive stents' BAS) have been tested versus DES in randomized clinical trials (RCTs) as a non-drug-eluting alternative.

Hypothesis:

Independent systematic review of the efficacy and safety of Ti-NO BAS vs. DES in PCI for Coronary artery disease (CAD) including stable coronary artery disease and acute Coronary Syndrome (ACS).

Methods:

Independent review and meta-analysis of RCT comparing clinical outcomes in BAS versus DES, in accordance with PRISMA, from a search in Pubmed, Embase, Web of Science and the Cochrane Library (8 March 2018). Publications and presentations were manually searched by 2 reviewers. All RCT were selected. Any disagreements were resolved by a third reviewer. Study management conformed to the Cochrane manual, and data were analyzed in RevMan 5.3. Outcomes of BAS and DES were quantitatively compiled. Sensitivity analysis was systematically performed for each endpoint.

Results:

Five RCT were identified and included, with 1855 BAS vs. 1363 DES pts at 1 year and 783 BAS vs. 771 DES at 5 years. No publication bias was detected. Risk of bias within studies was present mainly due to the inability to blind operators. ORs presented no significant heterogeneity. Outcomes, all indications pooled (at 1 year / 5 years): Stent-oriented Major Adverse Cardiac Events (TLR-MACE) RR 1.05, 95%CI [0.84, 1.31] / 0.82 [0.66, 1.02]; probable or definite stent thromboses (STH per ARC) 0.39 [0.22, 0.69] / 0.25 [0.11, 0.56]; Myocardial infarction: 0.39 [0.27, 0.57] / 0.54 [0.38, 0.76]. In ACS: TLR-MACE: 0.93 [0.72, 1.20] / 0.74 [0.58, 0.95]; STH: 0.35 [0.20, 0.64] / 0.20 [0.09, 0.49]; MI: 0.42 [0.28, 0.63] / 0.51 [0.35, 0.74]. Total deaths: no significant difference. Results were robust to sensitivity analysis. Results were driven to a large extent by results in ACS.

Conclusions:

Evidence from RCTs shows a similar incidence of MACE in BAS and DES but a lower incidence of stent thrombosis and a lower incidence in MI with BAS at 1 year and 5 years, in all patients but particularly in ACS. BAS appears to offer a better efficacy/risk than DES.



Stents recouverts d'oxyde de titane Moins de thromboses et de récurrences d'infarctus

Les stents bioactifs recouverts de titane-NO semblent présenter un avantage sur les stents actifs : ils réduiraient notamment les risques de thrombose du stent et de récurrence d'infarctus.

● Une méta-analyse présentée à l'AHA s'est attachée à comparer les résultats obtenus au cours des études randomisées effectuées avec une nouvelle génération de stents recouverts d'un oxyde de titane (Ti-NO) à ceux issus des études menées avec les stents actifs classiques. L'analyse porte sur cinq essais randomisés contrôlés : les études TITAX AMI, TIDE, TITANIC XV, BASE ACS et TIDES ACS. Ces essais regroupent plus de 3 000 patients suivis 5 ans, dont 1 300 dans le groupe « stent au Ti-NO » et 1 360 dans le groupe « stent actif », plus 1 500 patients suivis un an dont 780 dans le groupe « stent au Ti-NO » et 770 dans le groupe « stent actif ».

Au total, les événements cardiaques majeurs liés au stent ne diffèrent pas entre les groupes ni à 1 an (RR = 1,05 ; [0,84 - 1,31]) ni à 5 ans (RR = 0,82 ; [0,66 - 1,02]). Mais les thromboses probables ou certaines de stent sont réduites, avec un RR de 0,39 ([0,22 - 0,69]) à 1 an et de 0,25 ([0,11 - 0,56]) à 5 ans avec les stents Ti-NO. De même, les récurrences d'infarctus du myocarde sont réduites, avec un RR de 0,39 ([0,27 - 0,57]) à 1 an et de 0,54 ([0,38 - 0,76]) à 5 ans. Et si l'on se restreint aux *stentings* effectués lors d'un syndrome coronaire aigu, les événements cardiaques majeurs liés au stent, à 5 ans, sont moins nombreux avec les stents Ti-NO (RR = 0,74 ; [0,58 - 0,95]), ainsi que les thromboses de stent à 1 an (RR = 0,35 ; [0,20 - 0,64]) et à 5 ans (RR = 0,20 ; [0,09 - 0,49]) et les infarctus à 1 an (RR = 0,42 ; [0,28 - 0,63]) et à 5 ans (0,51 ; [0,35 - 0,74]). Ce sont d'ailleurs ces *stentings* au cours d'un syndrome coronaire aigu qui pèsent sur les résultats. Pour ceux effectués chez les coronariens stables, on ne peut pas conclure. Enfin, aucune différence n'est observée entre les deux groupes quant à la mortalité.

« L'analyse montre que l'incidence des événements cardiaques majeurs liés au stent ne diffère pas selon que le stent est au Ti-NO ou actif. Il y a toutefois moins de throm-

boses de stent et de récurrence d'infarctus à 1 an avec le stent au Ti-NO, tout particulièrement quand le stent a été posé au décours d'un syndrome coronaire aigu, a conclu l'auteur de la méta-analyse, le Dr Frédéric Daoud, clinicien épidémiologiste

et biostatisticien au CHU de Bordeaux. Il semble donc qu'ils aient la même efficacité, mais que le stent au Ti-NO ait un avantage en matière de sécurité, en particulier pour la thrombose de stent. »

Pascale Solère



Le stent au Ti-NO est plus sûr, surtout en cas de syndrome coronaire aigu

PHANIE



La MNH, au service des acteurs de la santé

PROMOUVOIR L'EXERCICE MIXTE ENTRE VILLE ET HÔPITAL

Tous les voyants sont au vert pour l'exercice mixte. Dans son plan « Ma santé 2022 », le gouvernement en a même fait un levier pour décroiser ville et hôpital. L'exercice mixte répond aux aspirations des jeunes générations de médecins et à l'offre de soins des territoires.

Les trajectoires professionnelles sont aujourd'hui moins linéaires, souligne le texte de présentation du plan « Ma santé 2022 »⁽¹⁾. L'accompagnement des parcours professionnels doit être renforcé. Les évolutions doivent, en outre, faciliter le développement de nouvelles compétences, des dynamiques de coopération et des formes d'exercice mixte entre la ville et l'hôpital. Le plan entend également faire des nouveaux hôpitaux de proximité des lieux d'excellence pour la médecine et pour le développement de l'exercice mixte entre ville et hôpital. L'exercice mixte est regardé avec grand intérêt. Il est vrai que les pouvoirs publics auraient tort de se passer d'une forme d'exercice qui semble répondre aux aspirations des jeunes générations de médecins.

DYNAMISER L'EXERCICE MÉDICAL

L'exercice mixte n'est pas nouveau. Il présente l'avantage pour des libéraux de garder le contact avec l'hôpital après leur expérience d'internat et aux hospitaliers de dynamiser leur exercice. Cela permet un apport intéressant en termes médical, technique et relationnel. Il se présente sous deux formes : d'un côté, les médecins hospitaliers qui ont une part d'activité en libéral, de l'autre, les médecins libéraux qui font des vacations dans un établissement de santé. À chacun sa procédure et ses textes réglementaires de référence.

Environ 11 % des praticiens hospitaliers avaient une activité libérale au sein d'un établissement public de santé selon un rapport de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) citée dans un rapport de mars 2013⁽²⁾. La majorité des contrats d'activité libérale concernent les activités chirurgicales et la gynécologie obstétrique (plus de 60 %). L'activité libérale des praticiens hospitaliers est actuellement encadrée par l'ordonnance du 12 janvier 2017 et un décret du 11 avril 2017.

DÉCLOISONNER POUR MIEUX COOPÉRER

Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), 12 % des 130 000 médecins libéraux ont fait le choix d'un exercice « mixte »⁽³⁾. Un contrat est établi entre le médecin libéral et l'établissement de santé afin de fixer les conditions et les modalités de leur participation aux missions

de l'établissement. Un médecin libéral peut aussi avoir une activité à l'hôpital dans le cadre de groupements de coopération sanitaire.

Même si le gouvernement a annoncé vouloir simplifier le décroisement, il n'est cependant pas prévu de revenir sur les statuts. Un médecin devra donc toujours choisir un mode d'exercice principal. Un choix qui implique des conséquences importantes en termes de statut personnel, l'un étant public hospitalier, l'autre professionnel libéral (voire salarié de droit privé dans certains cas). Un choix à ne pas faire à la légère.

La MNH, Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des professionnels de la santé et du social, n'a cessé d'adapter son offre et ses pratiques afin d'apporter encore plus de soutien aux personnes qui, chaque jour, donnent aux patients les soins et l'accompagnement nécessaires à leur rétablissement. La MNH est au plus proche du quotidien des professionnels de santé, elle suit l'actualité qui les concerne et les informe des bouleversements que connaît le monde de la santé afin de mieux les accompagner.

Le plan « Ma santé 2022 » est un plan de transformation de notre système de santé. Lancé en février 2018, il promeut une meilleure organisation des professionnels de santé. Un de ses objectifs est de développer l'exercice mixte (activité libérale et activité salariée). Cette forme d'exercice deviendrait la règle : selon les projections de la Drees⁽⁴⁾, la part des libéraux reculerait fortement, passant de 47 % en 2016 à 38 % en 2040, tandis que les proportions de médecins mixtes et salariés augmenteraient (respectivement de 11 % à 15 % et de 42 % à 46 % au cours de la même période). Ce scénario tendanciel s'explique car ce mode d'exercice répond aux attentes des jeunes médecins et, en particulier, à leur souhait d'avoir accès aux plateaux techniques des structures publiques ou privées.

Informez et accompagnez les professionnels de santé sur des valeurs qui font partie de l'ADN MNH.

Pour en savoir plus rendez-vous sur mnh-mag.fr

MNHmag
mnh-mag.fr

Une innovation française

● Depuis dix ans, une société française, Hexacath, développe une nouvelle génération de stents qui ne relarguent pas de produits intégrés à leur matrice, contrairement aux stents actifs, à l'évérolimus, par exemple. Ils sont recouverts, à l'extérieur comme à l'intérieur, d'un produit biologiquement actif, du nitrate d'oxyde de titane (Ti-NO) en l'occurrence, censé réduire l'inflammation, la thrombogénèse, l'agrégation plaquettaire, et favoriser la cicatrisation, c'est-à-dire ici l'épithélialisation du stent. De fait, dans des études d'imagerie, 100 % des mailles du stent étaient recouvertes au 14^e jour.

Références

1. Ma santé 2022 : un engagement collectif, ministère des Solidarités et de la Santé, 18 septembre 2018.
2. L'activité libérale dans les établissements publics de santé, annexes, rapport à Madame Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, 31 mars 2013.
3. 10 000 médecins de plus depuis 2012, Études & Résultats n°1061, Drees, mai 2018.
4. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée, Études & Résultats n°1011, Drees, mai 2017.