

Avec nos contrats d'assurance vie,
découvrez des solutions souples et performantes
pour préparer vos projets dans un cadre fiscal adapté :
valoriser un capital, préparer votre retraite ou la
transmission de votre patrimoine.

lamedicale.fr



La médicale

assure les professionnels de santé



**POUR DYNAMISER VOS PROJETS,
FAITES CONFIANCE À LA MÉDICALE.**

Contactez vite votre Agent Général

La Médicale de France, Entreprise régie par le code des assurances, SA au capital de 2 783 532 euros entièrement versé. Siège social : 50-56 rue de la Procession 75015 Paris- 582 068 698 RCS Paris. Spirica : SA au capital social de 181 044 641 euros - Entreprise régie par le code des assurances - N° 487739963 RCS Paris, 50-56 rue de la Procession 75015 Paris, Predica S.A, au capital de 1 029 934 935 euros entièrement libéré, Entreprise régie par le code des assurances. Siège social : 50-56, rue de la procession 75 015 Paris. 334 028 123 RCS Paris. Document à caractère publicitaire simplifié et non contractuel achevé de rédiger en Février 2018. RÉF : AFF 4850.

SOMMAIRE

EDITORIAL

P. 05

ACTUALITÉS

P. 06/18

Qu'est-ce qu'un corps pour un médecin ?

Humaniser, déshumaniser le corps, du corps objet au corps utopique

L'examen bébé

EXERCICE PROFESSIONNEL

P. 19/24

Santé Mentale de A à Z

Assistant universitaire de médecine générale (AUMG) : de nombreux objectifs mais une expérience enrichissante

DEMANDES D'ARTICLES AUX COUPS DE POUCE OU CONTACTS D'ADHÉRENTS

P. 26/36

Les médecins généralistes et l'usage des technologies de santé mobile

Pratiques des médecins généralistes d'Ile-de-France face aux dyspepsies chroniques

PERSPECTIVES

P. 37/49

Communiqués de Presse

Nouveau président de la conférence des doyens : des propos équivoques sur la souffrance des étudiants en médecine ! 06/02/2018

Hôpital / Santé : de nouvelles annonces de réforme pour quelle cohérence ? 14/02/2018

Négociations conventionnelles : les jeunes et futurs médecins enfin représentés ! 20/02/2018

Médecins remplaçants non thésés : une pénalisation financière supplémentaire ! 26/02/2018

Expérimentation "petit bras" de la prise en charge de la psychothérapie par l'Assurance Maladie le 07/03/2018

Femmes et médecine : il reste encore tant de combat à mener ! 08/03/2018

Fresque sexiste de l'hôpital de Purpan : la directrice du CHU demande son retrait 12/03/2018

Choix de postes 14/03/2018

Plan de prévention nationale en matière de santé : un assemblage de mesures d'ambition variable 03/04/2018

Dépistage du cancer du sein par mammographie : il faut donner une information de qualité aux femmes concernées ! 09/04/2018

Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : Nouvelles déconvenues pour une fausse bonne idée 27/04/2018

Démographie médicale : le problème est mieux connu mais les solutions ne sont toujours pas adaptées ! 05/05/2018

Réforme des études médicales : une occasion d'améliorer la formation en Médecine Générale 22/05/2018

ANNONCES DE RECRUTEMENT

P. 50/58



Cher(e)s tou(te)s,

Ce début d'année fut bien rempli notamment avec l'application de la nouvelle réforme modifiant les maquettes de stage pour les internes de médecine générale avec des réajustements à voir sur certaines régions, ainsi que la négociation sur la télémedecine. L'avenant a été signé avec une valorisation actuellement symbolique du travail de collecte et de synthèse fait par le médecin requérant qui au début était inexistante.

La première date de dépôts des dossiers pour la première commission pour résoudre la situation "des médecins privés de thèse" a eu lieu le 31 mai 2018. L'affaire reste suivie de près par le SNJMG engagé depuis l'émergence du problème.

Nos assises se sont déroulées en mars dans les locaux de la revue *Prescrire* avec notamment le thème du sexisme en médecine. Les interventions étaient riches et ont permis le débat permettant une réflexion sur nos propres pratiques. Merci pour votre participation. Vous trouverez dans ce numéro quelques articles de nos intervenants pour ceux qui n'ont pu venir.

Les formations sur l'installation et sur la thèse ont eu un franc succès et seront reconduits.

Notre métier est en pleine évolution qu'on le veuille ou non, soit on y participe et l'on réfléchit à ce que l'on voit comme évolution possible, soit on laisse des gens totalement loin des réalités du terrain et de notre quotidien l'aménager pour nous. L'avenir est à construire ensemble ! Votre réflexion et votre implication font la différence, N'hésitez pas à devenir des membres actifs au sein du SNJMG à la hauteur de ce que vous voulez.

Le SNJMG vous souhaite un très bel été à tous et à toutes. Au plaisir de vous retrouver dès la rentrée tout frais et avant s'il y a besoin ;) !

Dr Sayaka OGUCHI

Organigramme du
SNJMG

Présidente : Sayaka OGUCHI
Vice-Présidente : Aurélie TOMEZZOLI
Secrétaire : Francesca STELLA
Secrétaire de Direction : Frédérique JACQUART
Trésorière Générale : Aysun EKEN OLCAY
Chargé de mission trésorerie et partenariat : Procope PANAGOULIAS

Chargé de mission "Privés de Thèse" : Arnaud DELOIRE
Chargée de mission Internes : Francesca STELLA
Chargée de mission revue JeuneMG : Bernadette DREVON-ZAMBON
Chargé de mission Webmaster : David AZERAD
Chargé de mission Santé Publique et Indépendance Médicale : Samuel LADIAS
Chargé de mission en Psychiatrie : Florian PORTA BONETE
Chargé de missions Community Manager : Docteur Pierre MARTIN

N°ISSN : 1243-3403

N° de commission paritaire : 74148

Régie publicitaire :

Reseauprosante.fr / Macéo éditions

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

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.

Qu'est-ce qu'un corps pour un médecin ?

Humaniser, déshumaniser le corps, du corps objet au corps utopique

Le corps est au médecin ce que l'instrument est au musicien. Le médecin a toujours affaire au corps. Il n'est pas de maladie qui ne soit pas incarnée, pas de soin sans corps. La question n'est donc pas celle du corps mais plutôt celle des corps. Autrement dit suis-je, en qualité de médecin, confronté à plusieurs expressions du corps du sujet malade ?

De la multitude de ces expressions, quelles sont celles qui interpellent le médecin ? Nous pouvons en distinguer quatre principales qui mobilisent l'attention du clinicien. Cette distinction ne nie pas les autres mais elle nous semble nouer l'essentielle du symbolique dans la maladie. Nous entendons par symbolique ce qui donne du sens.

Ces quatre corps sont : le corps objet, le corps spéculaire (l'image du corps), le corps symbolique et le corps utopique.

Il est vain de s'appuyer sur un dualisme trop souvent évoqué entre le corps et la psyché. Le sujet est un. La division entre ces quatre corps permet d'en discuter certains aspects dans la relation de soin mais l'évidence nous amène à les considérer tous ensemble lorsqu'il s'agit d'être dans le face-à-face de la consultation. Le corps est une construction sociale, à ce point que dans certaines peuplades le corps n'est pas identifié comme tel. C'est pourquoi nous n'adhérons pas à la dualité classique entre nature biologique et culture. Sur ce point psychanalyse et sociologie se rencontrent. Pour la psychanalyse : « *On naît avec un organisme, mais le corps on le construit* » (Lacan, 1949). Pour la sociologie : « *La corporalité est socialement construite* » (Le Breton 1992). Pourtant la médecine fait ce distinguo d'autant plus que, comme l'énonce D. Lebreton, « *La médecine repose sur une anthropologie résiduelle,*

elle a fait le pari du corps, estimant possible de soigner la maladie (perçue comme étrangère) et non un malade en tant que tel ».

Le corps objet et le corps-chose

Le premier contact des étudiants en médecine avec le corps humain reste la dissection, même si celle-ci n'est plus pratiquée de façon obligatoire et systématique. Toutefois, elle fut longtemps inscrite dans la tradition médicale. Dans son roman *La jeune fille suppliciée sur une étagère* (2006), Yoshimura rend compte de cette initiation par la voix du cadavre d'une adolescente qui est disséquée par des étudiants : « *Les hommes leur scalpel à la main, regardaient l'ensemble de mon corps. Le sang qui était apparu aux endroits découpés avait coagulé, si bien que mon corps semblait décoré d'images d'un rouge léger* ».

Le philosophe au secours du médecin quant à la question du corps-objet

Si nous nous en remettons à quelques idées de force de la philosophie pour approcher le concept de **corps-objet** il est possible de se référer à Aristote et aux scolastiques, au dualisme *soma psyché* cartésien et d'une certaine manière platonicien, au matérialisme de La Mettrie et son homme machine, sans omettre le courant gnostique qui prêche la haine du corps. Haine retrouvée largement dans le transhumanisme contemporain. La querelle dualiste corps esprit



trouve encore largement des échos dans la médecine moderne. Comme l'écrit D. Lebreton « la médecine a fait le pari du corps » au risque d'une impasse, celle de mésestimer la présence du sujet et de l'altérité. La relation de soin suppose une intersubjectivité. Le médecin ne saurait s'en affranchir sans risque s'il espère réduire la relation à la seule dimension du soin au *corps-objet*. Pourtant, les études médicales ne cessent de proposer une vision matérialiste du corps par des effets continus de causalité. Il se produit avec l'évolution de la science une mise en abîme dans la chaîne causale. Même si l'on reste au niveau de la seule nosographie la liste des maladies s'allonge dans des classifications qui se subdivisent en catégories et sous-catégories.

Ceci dit, des courants forts commencent à se préoccuper de l'individu malade plus que de sa maladie. Cette médecine holistique prenant en compte le patient dans son contexte et son environnement structure de façon affirmée

l'enseignement de la médecine générale dans le cadre du DES Cette approche globale est ultime dans le concept de maintien de soi en vie qui valorise toutes les activités d'adaptation à la maladie quelle que soit l'évolution de celle-ci.

Au terme de ce paragraphe sur le *corps-objet* nous pouvons avancer que la pensée médicale s'est trouvée et se trouve influencée par deux courants philosophiques antagonistes : l'un unitaire pour lequel l'individu *est un corps* doué de raison, un *corps-totalité*, l'autre pour lequel l'être *a un corps* qui héberge l'âme (la pensée) mais « *l'âme par laquelle je suis ce que je suis est entièrement distincte du corps* » (Descartes, 2004). La médecine moderne n'a pas tranché cette antinomie.

La tentation de considérer le corps du malade comme seul objet d'étude voire de soins reste forte ; le corpus des études médicales, au moins dans ses premières années, y sacrifie pour l'essentiel.

Image du corps, corps spéculaire, corps spectral

La relation de la médecine au *corps-chose* (*corps somme-des-organes*) est largement illustrée par les témoignages et les récits à propos de la dissection. Quant à la relation que le médecin entretient avec le *corps-sujet* de son patient qui *a* et *est* un corps, c'est la philosophie qui nous y donne un des accès. Le patient au-delà de la chair, du sang, des humeurs et des os se constitue en un sujet malade. Dans ces conditions comment se construit l'image du corps et comment le médecin appréhende-t-il l'image d'un corps affecté par la maladie qui fait rupture avec l'idéal du corps ? L'image que l'on perçoit de son propre corps est en lien direct avec celle que l'on a du corps de l'autre. Je promeus mon corps avec et par ceux de l'autre.

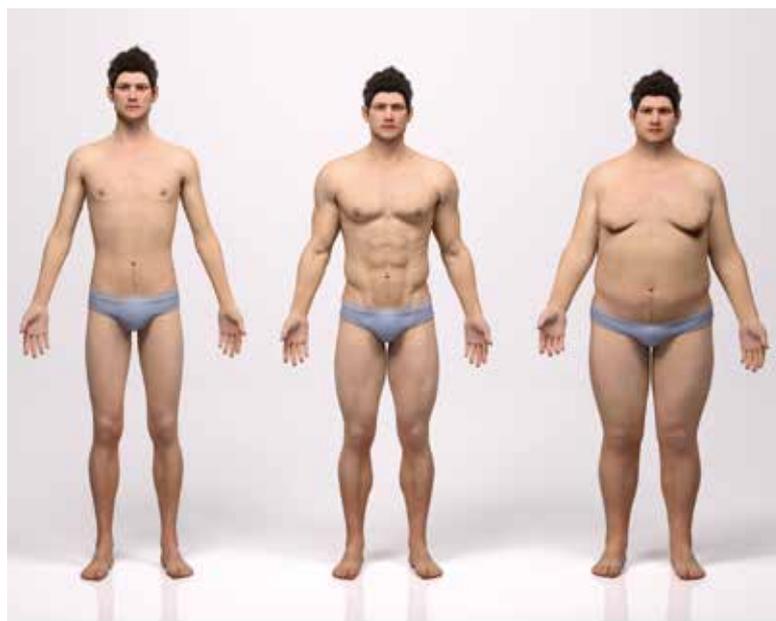
Dans les phénomènes psychosomatiques, il existe parfois comme une captation inconsciente du sujet d'une partie du corps d'un autre pour en faire le lieu privilégié de la manifestation de sa lésion, une jouissance. A titre d'exemples, citons une patiente se plaignant d'une douleur itérative et transfixiante de la jambe qui lui rappelle le récit de son grand-père blessé à la guerre par une balle reçue dans la jambe. Ou encore une jeune fille reçue plusieurs fois aux urgences pour des crises évocatrices d'épilepsie alors que l'ensemble des examens s'est avéré négatif. Le père de cette jeune fille a souffert d'épilepsie dans l'enfance jusqu'à l'adolescence.

Nous considérons que l'image du corps ne peut s'affranchir de l'investissement libidinal d'une part, et de l'intégration des modèles des autres corps d'autre part : « Une image du corps est toujours d'une certaine façon la somme des images du corps de la communauté, en fonction des diverses relations qui y sont instaurées. Les rapports avec l'image du corps des autres sont déterminés par les facteurs de distance spatiale et de distance affective. C'est dans les zones érogènes que les

images du corps sont les plus proches les unes des autres ; là, elles se mêlent très étroitement. » [...] « Le moi et le tu ne sont pas possibles l'un sans l'autre. Notre image du corps n'est pas possible sans l'image du corps de l'autre, ... » (Schilder, 1935).

Image du corps, normes corporelles et corps idéal

Afin d'approcher l'image corporelle et son idéal il faut emprunter le chemin qui commence par la construction sociale du corps pour aboutir au concept d'idéal de l'image du corps. En quoi suis-je même et différent de l'autre et en quoi mon corps est en conformité avec un canon esthétique qui reconnaît mon corps comme idéal ? L'évolution des valeurs place aujourd'hui le paraître comme l'une de ses références ; nous sommes ce que nous paraissions. Il s'ensuit un amalgame entre l'apparence et les valeurs morales ou intellectuelles que l'on m'attribue. C'est ainsi que les personnes en obésité sont doublement disqualifiées par une rupture avec l'esthétique du corps et l'incapacité supposée de l'absence de maîtrise. Pour D. Lebreton, si le corps était un destin, il est devenu une proposition. A charge pour chacune et chacun de le sculpter et le transformer selon son désir mais au prix d'une discipline. Le corps devient l'ambassadeur de son moi idéal.



Si nous nous appuyons sur notre clinique à propos de l'obésité nous constatons que ce défaut d'estime de l'image de soi vient rencontrer la réprobation dans le regard des autres et dans le sien. L'image du corps se mérite. Si l'image du corps est spéculaire, le regard de l'autre est bien le second miroir auquel nous nous confrontons.

Aimé, personnage de *Chair tombale* (Cornet, 2007), atteint d'une obésité gravissime relate sous forme épistolaire à une femme rêvée un épisode de la relation à son père où se joue précisément la place du manque et subséquemment « l'appel au père » (Guir, Valas, 2015). Le regard du père devient miroir pour l'enfant :

« Votre père a-t-il été fier de l'enfant que vous fûtes ? Lui avez-vous volé les traits réguliers de votre visage ou bien est-ce le premier cadeau que votre mère vous fit ? De quelle chair parentale vous êtes-vous nourrie le plus avant d'être la femme splendide qui me trouble ? », Aimé poursuit sa lettre en ces termes : « Le souvenir de mon père se résume à une silhouette.

Mon jeune âge, lors de sa disparition, y est pour beaucoup, et, plus encore, l'économie de mots engagés par ma mère pour me parler de lui l'a réduit à une évocation. Aurais-je été plus heureux aujourd'hui de pouvoir me rappeler, comme la plupart, de quelques baisers rêches de barbe du soir accompagnés de l'immuable et assommante ritournelle : « dors bien, fais de beaux rêves » ? Le personnage relie son obésité au père qui lui a fait défaut : « Mes regrets sont ailleurs que dans un manque hypothétique de câlins hâtifs de bord de lit. J'aurais souhaité qu'il me protégeât contre l'infamie de l'envahissement de la graisse, qu'il ait fait barrage, qu'il ait empêché ma mère d'exercer son insupportable étreinte morale ».

Le moment de la scolarisation est pour l'enfant en situation d'obésité une épreuve par confrontation au regard social et au risque de la stigmatisation collective mais aussi familiale.

Je n'ai pas toujours été obèse ou, plus exactement, je n'en ai pas toujours souffert car les photographies de ma petite enfance témoignent sans complaisance de la précocité de mon embonpoint. Je crois même que mes parents s'ingéniaient à exposer l'enfant joufflu et rempli que j'étais à l'admiration de leurs proches.

A l'époque, je ne mesurais pas ce qui, de mon jeune âge ou de mon obésité, présidait à ce repli en catastrophe afin d'éteindre le sentiment désespéré de honte qui m'habitait. Étais-je déjà dans la certitude douloureuse du peu d'attrance que je suscitais du fait même de l'incapacité que j'avais eue à ne pas savoir contenir les excès de ma chair ?

A table j'étais source de plaisanteries sur l'incongruité même de m'y trouver, puisque l'on dissertait à n'en plus finir sur ma capacité supposée à profiter de peu sinon de rien ; en conséquence, je pouvais jeûner alors que les autres profitaient en toute liberté des bienfaits du repas. Je n'osais pas demander à me resservir, et je quittais bien souvent la table en ayant encore faim.

La fierté, qui les habitait du temps de ma petite enfance d'avoir su me nourrir à souhait, se transformait en une réprobation sourde en constatant que j'avais, de façon indécente puisque cela suscitait des réflexions, outrepassé les limites de la retenue. J'étais une digue rompue dans l'incapacité de contenir le flot inondant d'une graisse dont je ne croyais pas qu'elle m'appartienne. Je me trouvais très jeune relégué dans la catégorie des êtres censés ne jouir que du profit.

Esthétique et corps idéal : la norme et l'énorme

T. de Saint Pol (2010) approche le lien entre esthétique du corps, norme et corpulence. Les différences entre les corps, si elles sont d'ordre biologique, représentent aussi un enjeu dans la relation entre individus : « *Objet de consommation, de distinction, mais aussi de discrimination, le corps donne lieu à une multitude de comportements guidés par l'existence d'un idéal : le corps désirable* ».

La question du paraître, de l'image que l'on donne à voir de soi, repose sur des rapports de séduction mais aussi de force, en ce sens que les individus peuvent se faire violence au seul motif de tendre vers ce qui leur semble être un canon, un idéal du corps dont « *la forme et la corpulence [...] sont devenues aujourd'hui le vecteur par excellence de cet idéal vers lequel doit tendre un corps pour être désiré ou pouvoir susciter le désir* ». La restriction alimentaire est l'illustration la plus banale des violences faites au corps dans le seul but est de s'inscrire dans ce jeu ; l'obésité étant jugée comme un obstacle à prétendre être objet de séduction, pour nous en convaincre T. de Saint Pol parle de *tyrannie du corps désirable*. « *Les principes sexuels et les idéaux de beauté sont incorporés, et le corps en porte la marque à la fois dans sa chair et dans ses usages. C'est le cas en particulier de la corpulence, pour laquelle on éduque dès l'enfance, surtout les filles, à surveiller leur poids et leur alimentation* ».

Nous assistons à un télescopage entre la notion de poids idéal qui vient se superposer à celle de *corps idéal* qui elle-même affleure à celle d'esthétique. L'excès de poids faisant rupture avec cette dernière. De plus nous l'avons vu, l'élégance morale ne trouverait pas à s'exprimer dans un corps trop gras. Vice et vertu s'incarnent respectivement dans la laideur ou la beauté ; mollesse de caractère, laisser-aller du côté des obèses responsables de leur masse grasse en excès, aptitude à décider et à diriger, rectitude du jugement du côté des minces, telle serait la distribution des vices et des vertus selon la corpulence des individus. Lorsqu'il s'agit de l'obésité, le jeu de l'apparence dans la distribution des rôles et des fonctions au sein d'une société lipophobe joue à plein. Le préjugé qui laisse accroire que les personnes obèses sont moins aptes à diriger, à décider, à faire montre d'énergie et de rigueur se retrouve dans le résultat des études qui s'intéressent à la promotion sociale des personnes qui souffrent d'obésité¹.

T. de Saint Pol part du constat que « *[L]on ne peut en aucun cas s'intéresser au corps désirable sans accorder une place essentielle aux normes médicales et au rôle que les médecins jouent dans leur définition*. Il nous invite à faire un double constat, le premier c'est que l'obésité relève d'une norme de nature médicale, à savoir l'IMC supérieure ou égale à 30 kg/m² ; le second c'est que la norme est associée à la désirabilité du corps.

T. de Saint Pol souligne la nature profondément biologique du corps mais, à peine a-t-il tiré le corps vers le *corps-objet* qu'il le fait aussitôt s'en échapper en affirmant que « *s'il est nécessaire de reconnaître qu'il [le corps] est par nature biologique, porter un regard sociologique sur le corps a bien un sens* ». Pourquoi mettre au centre de la réflexion le regard médical ? Par ce que, dit T. de Saint Pol, « *le rôle médical n'est pas neutre. Il désigne les malades, les nomme, les classe. Non seulement, la médecine procède du social, mais elle produit du social. Normalité et normativité médicale vont de pair* ». L'obésité ne se définit pas isolément comme maladie mais du fait des comorbidités afférentes et des risques qu'elle fait courir en comparaison à d'autres maladies. La classification, la liste sont deux mécanismes structurels de la pensée médicale. La construction permanente du savoir à propos de l'obésité produit un discours qui organise la perception sociale de l'obésité. A propos du savoir, citant C. Fischler, T. de Saint Pol le propose comme « *un processus de construction de la maladie en tant que situation sociale marquée du signe de la déviance* » (Fischler, 1990). L'obésité n'est pas perçue de la même façon en Occident qu'en Afrique. C'est pour cette raison que l'on parle de construction sociale de l'obésité et plus largement de la maladie.

Le discours médical participe à définir une norme de corpulence et conséquemment, même si l'on peut le penser à l'insu des médecins car il n'y a pas d'intention à le faire, une norme esthétique

¹ Les jeunes hommes et femmes obèses ont 11 % et 20 % de chance en moins de se marier, leurs salaires annuels à l'embauche sont inférieurs respectivement de 2876 \$ et 6710 \$, et le risqué d'être en dessous du seuil de pauvreté est supérieur de 5 % et 10 % par rapport à la population du même âge et de corpulence normale.

et de désirabilité de la corporéité. L'une et l'autre allant cheminer de conserve dans la construction des représentations du corps obèse.

Le corps utopique

Pourquoi envisager la notion de corps utopique dans le cadre de la réflexion plus générale sur la relation qu'entretient le médecin au corps, et de façon plus particulière au corps symbolique que nous traiterons secondairement ?

L'une des expressions les plus communes des patients obèses concernant leur corps touche à la pesanteur (L'apesanteur pour ce qui concernerait le corps utopique). « *Mon corps m'encombre. Il est trop matériel. Moi j'ai la bougeotte. Je voudrais avoir le don d'ubiquité. Si j'étais désincarnée, dématérialisée, je pourrais être à la fois à une expo, au cinéma, à la campagne, chez une copine. Finies les courses. Pas besoin de bouffe, ni de fringues, puisque pas de corps. Je n'aurais qu'à nourrir mon esprit. Un être entièrement spirituel, léger, léger* » (Bes, non publié). Il s'agit bien de faire du corps une abstraction, de le projeter dans tous les lieux possibles sans en occuper aucun : une utopie. A propos de ces lieux, lorsqu'il explore la notion d'hétérotopie, M. Foucault en parle ainsi : « *Sans doute sont-ils (ces lieux) nés, comme on dit, dans la tête des hommes, ou à vrai dire, dans l'interstice de leurs mots, dans l'épaisseur de leurs récits, ou encore dans le lieu sans lieu de leurs rêves, dans le vide de leur cœur ; bref, c'est la douceur des utopies* ».

Dans les prémices de son exposé, M. Foucault évoque son corps comme lieu d'enfermement : « *Mon corps, topie impitoyable* ». Si Platon soutenait que le corps est le tombeau de l'âme, M. Foucault quant à lui le compare à une cage : c'est « *dans cette cage que je n'aime pas, qu'il va falloir me montrer et me promener ; à travers cette grille qu'il faudra parler, regarder, être regardé ; sous cette peau, croupir. Mon corps, c'est le lieu sans recours auquel je suis condamné* ». Nous faisons le constat suivant : aucune échappatoire au regard de l'autre n'ayant nul possibilité de se séparer de son corps : « *je ne peux pas me déplacer sans lui ; je ne peux pas le laisser là où il est pour m'en aller, moi, ailleurs* ».

C'est précisément par le constat initial d'un stigmate et de l'enferment que va naître le fantasme de la liberté : s'échapper de sa double condition d'handicapé et de prisonnier du corps. C'est tout aussi précisément que les personnes en situation d'obésité songent si souvent à l'évasion jusqu'à l'abstraction corporelle. Ce n'est pas toujours maigrir qu'ils souhaitent mais devenir évanescents.

Après la réclusion et le fantasme de l'évasion cosmique, qu'advient-il de ce corps utopique chez M. Foucault ?

Ne trouvant nul chemin « du côté du pays des fées et des lutins », que M. Foucault qualifie de : « *pays où l'on est visible quand on veut, et invisible quand on le désire (...), il se dirige vers « une utopie qui est faite pour effacer les corps. Cette utopie c'est le pays des morts (...)* ».

Après avoir envisagé la mort comme la *topie* ultime pour y loger le corps, M. Foucault qui ne s'en satisfait pas se résigne à renverser sa proposition initiale, et si nous ne pouvons pas éparpiller notre corps dans tous les coins du monde, pourquoi ne serait-il pas le lieu unique de toutes les convergences ? « *Le corps humain est l'acteur principal de toutes les utopies* », et de poursuivre : « *C'est par rapport à lui et par rapport à lui comme souverain qu'il y a un dessus et un dessous, une droite et une gauche, un avant, un arrière, un proche, un lointain. Le corps est le point zéro du monde, là où les chemins viennent se croiser le corps n'est nulle part : il est au cœur du monde ce petit noyau utopique à partir duquel je rêve, je parle, j'avance, j'imagine, je perçois les choses en leur place et je les nie aussi par le pouvoir indéfini des utopies que j'imagine* ».

M. Foucault avance une proposition finale qui vient comme point de réconciliation entre soi et son corps : « *L'amour lui aussi, comme le miroir et comme la mort, apaise l'utopie de votre corps, il la fait taire, il la calme, il l'enferme comme dans une boîte, il la clôt et il la scelle. (...) C'est parce que dans l'amour le corps est ici* ».

Le texte de M. Foucault sur le corps utopique nous a permis de comprendre combien cette dimension du corps est présente dans une relation de soin.

Le corps symbolique

Notre expérience clinique nous amène à aborder le concept de corps symbolique au travers du discours du patient, qui convoque durant la consultation, de façon consciente ou non, d'autres corps que le sien. Ces corps invités en tiers donnent du sens à la maladie ou, au minimum, à la présence du patient dans ce contexte de soin. Il s'agit en quelque sorte d'une quête holistique. Ceci délimite la notion de corps symbolique dans l'espace de réflexion que nous souhaitons explorer. D'autres approches de ce concept permettront d'enrichir ou de confronter notre vision de clinicien à des concepts différents tels que nous les proposent la sociologie, la psychanalyse ou l'anthropologie.

Comme nous l'avons vu à propos du corps objet, le médecin, dans la fonction qui est la sienne, est rapidement interpellé par les dysfonctionnements d'organes puisque le paysage nosologique qui est le sien, et qui constitue son cadre de réflexion, interprète le rapport harmonieux ou pas des organes entre eux. Si cela remplit une condition nécessaire à la compréhension de la maladie, elle s'avère le plus souvent insuffisante lorsqu'il s'agit de comprendre le malade. Nous avons touché précédemment les limites d'une vision organiciste de la santé qui se réduirait *au silence des organes*, et dont, *a contrario*, la maladie pourrait être la rupture du silence.

« Il est à peine besoin de rappeler que le corps dans ce qu'il a de plus naturel en apparence, c'est-à-dire les dimensions de sa conformation visible (volume, taille, poids, etc.), est un produit social » (Bourdieu, 1977). Pour autant il convient de revenir sur cette notion de produit social, comme le nomme P. Bourdieu, pour comprendre en quoi le corps même dans son morphotype est une construction sociale.

Si l'on admet qu'il s'agit bien d'une construction, de quels matériaux est-il constitué ? En quoi ce qui n'apparaît pas à l'évidence, à savoir que le corps dans sa nature, relève-t-il aussi de cette construction ? Et quelles sont les spécificités de construction du corps obèse ?

Les matériaux de construction du corps comme produit social

Le corps est un produit de nature ou de culture, mais il s'agit là d'une dichotomie illusoire.

La dialectique qui oppose nature et culture ne trouve aucune consistance pour en délimiter la frontière lorsqu'il s'agit de parler du corps. Aujourd'hui plus que jamais le corps est un lieu fantasmatique de la maîtrise, de la performance, de la transformation. Les enjeux individuels et collectifs sont si prégnants et soumis à des rituels et des codes dans les sociétés modernes que l'on n'hésite pas à parler de *culte* du corps. Les privations et manipulations contingentes à ces *micro-rituels*² (alimentaires et pécuniaires, chirurgicales, sportives, techniques et cosmétiques, ...) participent d'un vaste courant collectif dominé par l'idéologie de la maîtrise. Ceci contribue à voir émerger subséquemment les dérives, les dérapages, les traumatismes de l'échec à y parvenir, comme une *contre-culture* de la corporéité plus ou moins voulue ou subie. Les courants identitaires ou protestataires autour des revendications des personnes souffrant d'obésité en témoignent.

L'acteur (l'individu) et son monde

Chaque individu ne peut être au monde sans en avoir une représentation, mais dans le même mouvement, tout individu participant du monde s'y trouve représenté. « L'homme fait le monde à la mesure de son expérience. Il le transforme en un tissu familier et cohérent, disponible à son action et perméable à sa compréhension. Emetteur ou récepteur, le corps produit continuellement du sens, il insère ainsi l'homme à l'intérieur d'un espace social et culturel donné » (Le Breton, 2008).

² Nous entendons par micro-rituels des pratiques individuelles, ou touchant peu d'individus, quotidiennes, répétées, multiples, dont le sens peut être connu de l'individu seul tout en participant à un courant collectif centré sur le corps et ses performances. Ils seraient comme une contribution individuelle à une construction collective plus vaste dont la forme serait déterminée par une architecture générale tout en admettant une hétérogénéité du résultat final car il n'y a pas projet d'esthétique commun. En ce sens, il existe une axiologie du corps qui détermine mille usages autour de lui.

Ce qui nous est dit c'est que l'homme n'a pas une connaissance intrinsèque du monde, car si c'était le cas cela reviendrait à dire que tout homme, parce qu'il est homme, aurait la même captation du monde, et nous constatons qu'il n'en est rien.

L'homme n'a du monde que des perceptions organisées en savoirs et plus particulièrement en savoirs expérientiels dont il tire son profit, l'ensemble ne prenant sens que pour lui et les individus qui partagent le même espace de compréhension.

Par des effets de réciprocité permanents entre nature et culture se structurent un système de sens, une dialectique, un langage. Les fonctions les plus élémentaires de l'être humain : le sommeil, la soif, la faim, l'exonération des déchets de son organisme, la sexualité, sont pris dans des organisations du temps et de l'espace qui leurs sont propres. Il n'y a pas de fonction naturelle du corps qui échappe à un système déterminé et déterminant de structure et de sens.

Conclusion

Si le corps est multiple dans ses déclinaisons, il est un pour ce qui est du sujet. Etre au monde, le penser, se le représenter participe de l'unicité. Ce qui intéresse le médecin dans cette diffraction des corps c'est d'en repérer ce qu'ils portent de sens et de discours. Le soin est aussi affaire de sens, il n'est pas que panser un corps, il est tout autant penser le corps malade d'un sujet. C'est pourquoi l'approche des différentes dimensions corporelles pour une personne malade contribue à la qualité des soins que le médecin prodigue. Le fantasme de la toute puissance de la science est une aporie. Elle trouve toujours à se heurter aux limites de son horizon par l'exclusion qu'elle fait du langage. Ecouter, dire, écouter, dire... la souffrance, il n'est pas d'autre chemin à emprunter que celui de l'échange pour advenir comme médecin. Le corps, les corps sont à lire pour ce qu'ils nous livrent et à reformuler par un processus d'unification du discours, tel est l'enjeu de la médecine.

Philippe CORNET

*Professeur des Universités, Directeur du Département
d'Enseignement et de Recherche en Médecine
Générale, Faculté de Médecine Sorbonne Université.
Paris VI. Docteur en sociologie*

Bibliographie

- Bes V. *Disgrasse. Témoignage d'Eliane*. A paraître.
- Bourdieu P. (1977). *Remarques provisoires sur la perception sociale du corps*. Actes de la recherche en sciences sociales. Vol 14 ; numéro 14 ; p. 51
- Cornet P. (2007) *Chair Tombale*. Le Cherche Midi.
- Descartes, R. (1641). "*Méditations métaphysiques*", *IV^{ème} méditation*. trad. Florence Khodoss, PUF, 2004.
- Fischler C. (1990). *L'Homnivore : le goût, la cuisine et le corps*, Paris, Ed Odile Jacob. p. 325.
- Foucault M. (1966). *Le corps utopique. Les hétérotopies*. Ed Lignes. p.23.
- Gortmaker SL, Must A, Perrin JM et al. *Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood*. N Engl J Med. 1993 Sep 30;329(14):1036-7.
- Guir J, 2015). La maladie psychosomatique : « Une Père-version » ? www.valas.fr Contributions.
- Guir J. (1983). *Psychosomatique et Cancer*, Points Hors Ligne, Paris.
- Le Breton D. (2008). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, coll. « Quadrige, Paris, coll. « Tel », éd. Gallimard (2009) ; p313.
- Saint Pol T. de (2010). *Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids*. Le lien social. PUF. Paris, p.1.
- Schilder P. (1935). *L'image du corps. Études des forces constructives de la psyché*. Paris, coll. « Tel », éd. Gallimard (2009).
- Yoshimura A (2006) auteur du roman *La jeune fille suppliciée sur une étagère*. Acte Sud.

- ⊗ Pleurs excessifs.
- ⊗ Troubles sensoriels et moteurs.
- ⊗ Prématurés, fœtopathies.
- ⊗ Troubles associés, ...

Vers un an

- ⊗ Retards psychomoteurs.
- ⊗ Difficultés de distanciation.
- ⊗ Qualité de la relation.
- ⊗ Inhibition ou instabilité.
- ⊗ Handicap (syndrome).

Plus tard

- ⊗ Problèmes des limites, des interdits.
- ⊗ Socialisation.
- ⊗ Agressivité.
- ⊗ Troubles de l'équilibre, coordination, orientation espace-temps, schéma corporel, ...

Calcul de l'âge corrigé jusqu'à 2 ans

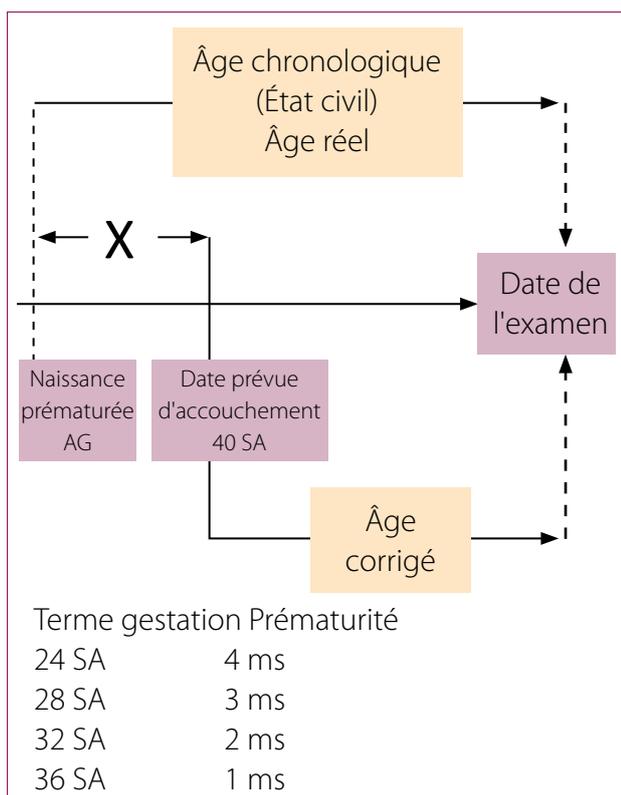
Âge chronologique (état civil).

Âge réel X.

Date de l'examen.

Naissance prématurée AG.

Date prévue d'accouchement 40 SA.



Âge corrigé

L'observation spontanée

- ⊗ L'attitude globale.
- ⊗ L'activité motrice spontanée est normale, pauvre, excessive, asymétrique, stéréotypé.
- ⊗ Mouvements anormaux transitoire ou permanent (trémulations, mâchonnement, sursauts).
- ⊗ Qualité du cri, du sourire.
- ⊗ Réflexe tonique asymétrique du cou (l'escrimeur).
- ⊗ Mains constamment fermées (pouce adductus).

Symétrie

Stabilité posturale
Détente des MS
Flexion des MI
Organisation dans la ligne médiane.

Posture pathologique

- Asymétrie posturale.
- Bras chandelier.
- Mains fermées, pouces adductus.
- Absence de mouvement des MI.
- Peu de contrôle au niveau de la ligne médiane.

Prise de contact et réactions à l'environnement

- ⊗ Les réactions de l'enfant aux stimulations dépendent de son état de conscience.
- ⊗ Observation des réactions face aux stimuli est le reflet du potentiel d'organisation de l'enfant :
- Capacités d'auto-organisation.

Réactions d'orientation visuelle et auditive

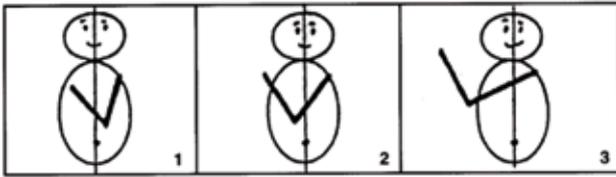
Évaluation du tonus passif

- ⊗ Teste par mobilisation lente, dans une situation la plus proche possible du tonus de repos.
- ⊗ Recherche de l'**extensibilité musculaire** de différents segments.
- ⊗ L'enfant est passif et au repos.
- ⊗ Tonus passif des membres.
- ⊗ Tonus passif de l'axe corporel.

Modifications du tonus passif importantes au cours de la maturation :

- Hypertonie physiologique du NN à terme à l'hypotonie physiologique de 9 à 18 mois.

➤ Manœuvre du foulard



➤ Angle poplité : mesure l'extensibilité des muscles ischio-jambiers.

La surveillance neurologique au cours de la première année de la vie. Dr AMIEL-TISON, Dr GRENIER, Masson 1985.

➤ Angle des adducteurs : mesure l'extensibilité des muscles adducteurs droit et gauche.

	Autour de 40 sem. G		8 à 15 mois	Enfance
Foulard				
Poplité				
Adducteurs				
	Hypertonie physiologique		Hypotonie physiologique	

- Talon-oreille.
- Angle de dorsi-flexion du pied lent et rapide.
- **Genou en extension** teste l'ensemble du triceps, **genou fléchi** teste que l'extensibilité du soléaire.
- **Stretch réflexe**, réponse anormale observée à l'étirement rapide. 2 réponses :
 - ➔ **Phasique** : contraction brève suivie d'un relâchement.
 - ➔ **Tonique** : résistance durable au mouvement rapide, relâchement très progressif permettant de rejoindre l'angle lent.

- Flexion ventrale du tronc : évalue l'extensibilité du plan musculaire axial postérieur.
- Extension dorsale du tronc : évalue l'extensibilité du plan axial antérieur.
- Flexion latérale du tronc : mouvement dépend de la tonicité des muscles controlatéraux qui est normalement très limité.

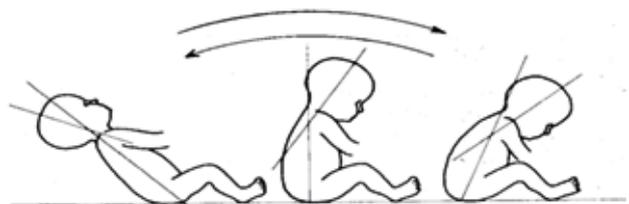
Examen dynamique

Les réactions posturales

- Après la phase d'observation, l'évaluation du tonus passif → **tonus actif**.
- Créer une situation qui provoque une **réaction motrice** de l'enfant.
- Mettre l'enfant en situation d'éveil et **d'attention**, et ensuite solliciter ses performances motrices.
- Adaptation de l'enfant à différentes postures mettant en jeu les réponses de la pesanteur
- Tiré-assis et assis-couché.
- Balanciers.
- Retournements.
- Accroupi-debout.
- Godille.
- Suspensions.
- Motricité volontaire :
 - ➔ Approche et préhension de l'objet / déplacements

Le tiré-assis et assis-couché

- Toujours guidé par le regard.
- Tiré-assis évalue les fléchisseurs du cou.
- Assis-couché évalue les extenseurs du cou.
- On note : participation de l'axe.
- Réaction d'équilibre (triple flexion bassin-genoux-pieds).



Contrôle de la tête

- ⊗ Apparaît entre 3-4 mois.
- ⊗ Impossible quand **hypertonie** permanente des muscles extenseurs de la nuque.
- ⊗ Impossible quand **hypotonie** des muscles fléchisseurs du cou.

Balancier

Réponse en balancier, assis sur une fesse.

Le genou s'étend de + en + avec l'âge.

Il s'étend complètement entre 8 et 12 mois.

Les retournements.

Accroupi-debout.

Redressement unipodal.

La surveillance neurologique au cours de la première année de la vie Dr AMIEL-TISON, Dr GRENIER, Masson 1985.

Les suspensions ou inclinaisons antigraavitaires

Cuisse située au-dessus s'écarte en même temps avec l'axe du corps qui réagit à l'inclinaison latérale.

MI s'écarte en franche abduction en même temps que l'axe du corps s'incurve.

Faible réponse de freinage de la tête.

Genoux se rapprochent.

Pieds accolés, non écartement de la cuisse au-dessus.

Les suspensions ou inclinaisons antigraavitaires :

→ Suspension Latérale

4 sem : Cuisse située au-dessus s'écarte en même temps avec l'axe du corps qui réagit à l'inclinaison latérale.

6 Mois : en même temps que l'axe du corps d'incurve.

11 mois : MI s'écarte en franche adduction en faible freinage de la tête. Les genoux se rapprochent.

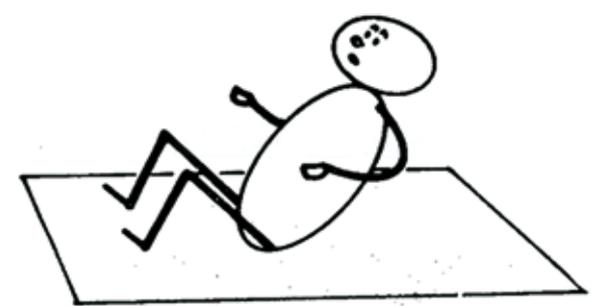
19 mois : Pieds accolés, non écartement de la cuisse au-dessus.

→ Suspension Ventrale

Le tiré-assis latéral



Station assise impossible, avec échec en avant.



Station assise impossible, avec échec en arrière ; les genoux sont hauts et rapprochés.

Rappel du développement

Points de repère : Ce qui doit être acquis à 4 mois

- ⊗ Maintient et contrôle sa tête.
- ⊗ Se redresse sur ses MS.
- ⊗ Ouvre les mains, cherche à attraper.
- ⊗ Fixation et poursuite oculaire faciles.
- ⊗ Suscite l'échange.
- ⊗ Vocalise.
- ⊗ Rythme jour - nuit.

Points de repère : Ce qui doit être acquis à 9 mois

- ⊗ A trouvé un mode déplacement.
- ⊗ Se met assis, tient assis stable.
- ⊗ Passe les objets d'une main à l'autre.
- ⊗ Babille.
- ⊗ Craint l'étranger.
- ⊗ Angoisse de séparation.

Illustrations : La surveillance neurologique au cours de la première année de la vie.

Dr AMIEL-TISON, Dr GRENIER, Masson 1985.

Points de repère : Ce qui doit être acquis à 12 mois

- Se met debout (chevalier servant).
- Pince pouce-index.
- Lâche volontairement l'objet (donne, remplit).
- Cherche l'objet caché.
- Double les syllabes (dit au moins 1 mot).
- Signes sociaux.
- Sécurité de base (s'éloigne et revient).

Signes cliniques : Diagnostic à 4 mois et 1 an d'AC différentiel

- Troubles du tonus : hypotonie, hypertonie, peu mobile au sol.
- IMC vraie ?
- Excitabilité.
- Troubles du comportement : sommeil, alimentaire, relationnel.
- Troubles sensoriels.

Diagnostic différentiel

Que faire avec un bébé manifestant peu de compétences motrices ?

- **Parler juste** : informer des faiblesses mais valoriser surtout les compétences,
- **Encourager**,
- **Revoir** à court terme,
- **Orienter** : évaluation et soins.

Signes transitoires ou anomalies précoces du développement

Observation :

- **Du niveau psychomoteur : qualité, dynamique du mouvement, NEM.**
- **De la relation parents-enfant reflet du développement psychoaffectif du bébé.**

- CAMSP, CESSAD.
- CMP, CATTP, CMPP.
- Ressources en libéral : kiné formé, psychomot., ...
- Ressources en PMI ?
- Consultation hospitalière.

Conseils pour les parents

➤ Jouer avec son bébé :

- ➔ Dans toutes les positions : sur le ventre +++ (avec serviette roulée si nécessaire).
- ➔ Solliciter les jeux moteurs.

➤ Solliciter le tonus axial :

- ➔ Montrer que le bébé tient avec un minimum de soutien.
- ➔ Montrer les retournements et les tenues enroulées.

➤ Peu de transat et pas de trotteur :

- ➔ Transat : plagiocéphalie.
- ➔ Trotteur : inhibe le contrôle postural et favorise l'hyperextension des MI.

➤ Respecter les NEM étape par étape :

- ➔ Retournement / ramper.
- ➔ Position 4 pattes.
- ➔ S'assoit seul.
- ➔ Se met debout.

Les enfants qui n'expérimentent pas le 4 pattes sont souvent ultérieurement moins à l'aise dans leur motricité

➤ Implications :

- ➔ Laisser beaucoup au sol (expériences sensori-motrices : expérimente les appuis, les équilibres ...).
- ➔ Mettre en position ventrale.
- ➔ Ne pas « trop » installer assis avant qu'il s'assoit seul.
- ➔ Ne pas mettre « trop » souvent debout.

Conclusion

L'expérience, la sensibilité de l'examineur sont essentielles pour amener le bébé à des performances optimales.

Santé Mentale de A à Z



La santé mentale est une composante importante de la santé.

C'est la recherche permanente d'un équilibre entre toutes les dimensions de la vie : émotionnelle, psychique, physique, sociale, spirituelle, économique.

La santé mentale est influencée par les conditions de vie (logement, activité, ressources, etc.), les événements marquants de la vie (rencontres, deuils, séparations, etc.), la société dans laquelle nous vivons et les valeurs personnelles.

La santé mentale n'est pas seulement l'absence de troubles psychiques.

En effet, une personne peut vivre avec des troubles psychiques et ressentir un bien-être mental global, avoir des relations sociales satisfaisantes, une activité épanouissante, une bonne estime personnelle.

Notion à la fois vaste et sensible, la santé mentale interpelle divers professionnels, dont les médecins généralistes en tant que recours de première ligne.

Qu'est-ce que la santé mentale ? Quelles notions y sont associées ? Qui sont les intervenants ? Le Psycom propose quelques définitions et repères.

Addictions (troubles addictifs)

Les troubles addictifs regroupent : alcoolisme, toxicomanies, tabagisme et addictions comportementales (ex : jeu, internet). Les substances psychoactives à risque de dépendance (alcool, tabac, drogues, etc.), agissent sur le circuit de récompense du cerveau¹.

Anxiété

Etat mental de trouble et d'agitation, avec un **sentiment d'insécurité indéfinissable, une peur sans objet**. Il existe plusieurs types de troubles anxieux : le trouble anxieux généralisé, l'attaque de panique, le trouble panique, les troubles obsessionnels et compulsifs (TOC). Les principaux symptômes sont : angoisse, peurs, tensions musculaires, agitation, problèmes de mémoire, de concentration et de sommeil, irritabilité, symptômes somatiques (sueurs, nausées, boule dans la gorge, tremblements).

Autisme

L'autisme fait partie des troubles envahissants du développement (TED) classés par l'OMS dans les troubles du développement psychologique : « C'est un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif ». Plusieurs catégories de TED sont identifiées : autisme infantile, autisme atypique, Syndrome de Rett, Hyperactivité et Syndrome d'Asperger.

Bipolarité (troubles bipolaires)

Les troubles bipolaires (anciennement appelés psychose maniaco-dépressive) sont caractérisées par des variations anormales de l'humeur, alternant des périodes d'excitation (manie ou hypomanie) et de dépression (voire de mélancolie), entrecoupés de périodes de stabilité.

¹ Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (MILDT)

Pour qu'un diagnostic de trouble bipolaire puisse être posé, il faut qu'il y ait eu au moins un trouble dépressif caractérisé et un épisode maniaque ou hypomaniaque.

Dépression (troubles dépressifs)

« La dépression se manifeste par une humeur triste, une perte d'intérêt pour toute activité et une baisse de l'énergie. Les autres symptômes sont une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, une culpabilité injustifiée, des idées de mort et de suicide, des difficultés à se concentrer, des troubles du sommeil et une perte d'appétit. La dépression peut aussi s'accompagner de symptômes somatiques ».

Burnout ou syndrome d'épuisement professionnel

Le burnout (littéralement se consumer de l'intérieur) est un processus dont la phase finale se traduirait par un état d'épuisement professionnel (à la fois émotionnel, physique et psychique) ressenti face à des situations de travail « émotionnellement » exigeantes.

Handicap cognitif

Il est la conséquence de dysfonctionnement des fonctions cognitives (attention, mémoire, langage, etc.). Il n'implique pas de déficience intellectuelle, mais des difficultés à mobiliser ses capacités cognitives.

Handicap mental

Il est la conséquence d'une déficience intellectuelle, que l'OMS définit comme « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet ».

Handicap psychique

Lorsque les troubles psychiques sont durables et entraînent une perte d'autonomie, on peut parler de handicap psychique. La personne dont la participation sociale et professionnelle est limitée par les troubles peut bénéficier de compensation et d'accompagnement. Le handicap psychique se distingue du handicap mental car la personne n'a pas de déficience intellectuelle.

Risques psycho-sociaux (RPS)

Ils regroupent le stress au travail, les harcèlements et violences internes ou externes au travail, le syndrome d'épuisement professionnel (burn-out). Les RPS peuvent se traduire par l'expression d'un mal-être ou d'une souffrance au travail, des conduites addictives, une dégradation de la santé physique et mentale.

Santé mentale

« Etat de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté » (OMS).

Troubles psychiques

Désignent les troubles mentaux ou psychiatriques (troubles anxieux, dépressifs, bipolaires, schizophréniques, addictifs, etc.). C'est-à-dire des états psychologiques, temporaires ou permanents, plus ou moins sévères, qui peuvent entraîner gêne, souffrance, perte de capacités ou problèmes comportementaux dans la vie quotidienne.

Phobies

La phobie est une **peur irrationnelle spécifique**, déclenchée par un objet ou une situation n'ayant pas en eux-mêmes de caractère dangereux. Les phobies sont très fréquentes dans la vie psychique normale. Elles deviennent pathologiques par leur intensité et leur retentissement sur la vie de la personne. Les phobies s'accompagnent soit de **conduites d'évitement** de l'objet ou de la situation, soit de conduites qui rassurent (conduites contraphobiques). Il existe plusieurs types de troubles phobiques : les **phobies spécifiques**, l'**agoraphobie**, les **phobies sociales**, la **dysmorphophobie**, etc.

Psychiatre et pédopsychiatre

Dans un service de psychiatrie, le psychiatre coordonne, avec l'équipe pluridisciplinaire, la prise en charge globale de la personne (psychologique, somatique et sociale). Il travaille en réseau avec les médecins généralistes, mais aussi les services sociaux, médicosociaux, éducatifs et judiciaires.

Certains psychiatres proposent des thérapies. Ils ont alors suivi une formation en plus du cursus médical.

Psychologue

Le psychologue assure le soutien psychologique des personnes en souffrance psychique. Il peut faire passer des tests de personnalité ou de niveau intellectuel et assure des entretiens psychothérapeutiques. En fonction de sa formation, il peut proposer des thérapies de groupe, familiales, comportementales, psychanalytiques...

Psychanalyste

La majorité des psychanalystes sont des médecins psychiatres ou psychologues. Outre ses connaissances théoriques, tout psychanalyste a suivi une psychanalyse personnelle (dite didactique) avec un praticien expérimenté, puis une supervision de ses premières psychanalyses. Le psychanalyste propose un travail thérapeutique par le biais d'entretiens réguliers (psychanalyses ou psychothérapies analytiques).

Rétablissement

Le « rétablissement » est un concept anglo-saxon qui trouve son origine dans des mouvements d'usagers des années 1980 et 1990, qui prônaient la reprise du pouvoir d'agir (empowerment) et la défense des droits. Il désigne un cheminement personnel de la personne touchée par un trouble psychique, pour trouver un équilibre psychique et social qui lui convient. Pour les soignants, ce modèle suppose un accompagnement sur le long terme et axé dès le début vers l'autonomie de la personne.

Schizophrénies

Les schizophrénies peuvent prendre des formes très variées. Les symptômes s'organisent autour de trois axes : La désorganisation ou la dissociation ; le délire paranoïde et les symptômes dits positifs ou productifs (ex : hallucinations) ; les symptômes dits déficitaires ou négatifs (ex : isolement social, troubles cognitifs). Les symptômes doivent être présents de façon permanente depuis au moins six mois pour faire le diagnostic de schizophrénie.

Stress

Réaction d'adaptation non spécifique de l'organisme à une agression physique, psychologique ou sociale et qui s'accompagne d'un état anxieux.

Troubles des comportements alimentaires (TCA)

L'alimentation est une fonction vitale qui apporte les éléments nutritionnels indispensables, en quantité et en qualité, à une bonne santé. En dehors de l'aspect physique, cet acte comporte une implication psychologique, affective et sociale. L'équilibre entre des exigences personnelles, culturelles et métaboliques est nécessaire, mais peut être difficile à trouver. Parfois cette difficulté peut se traduire par des troubles du comportement alimentaire (anorexie mentale et boulimie).

Troubles obsessionnels et compulsifs (TOC)

Les TOC se manifestent par des pensées dérangeantes, répétitives et incontrôlables, appelées **obsessions**, qui causent une forte anxiété. Pour diminuer la souffrance qui en résulte, les personnes développent des comportements répétitifs, ritualisés, irraisonnés et irrésistibles appelés **compulsions**.

EN SAVOIR PLUS

Le PSYCOM en quelques mots...

Pour comprendre la santé mentale et ses composantes il est important d'en parler, d'informer le plus largement possible. En tant qu'organisme public d'information, le PSYCOM participe à cette mission et vise à faire en sorte que la santé mentale devienne l'affaire de tous.

ALLER PLUS LOIN

Site internet : www.psycom.org

Rubrique Santé mentale de A à Z :

www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z

Brochures d'information sur les troubles psychiques et la santé mentale (à commander ou télécharger) :

www.psycom.org/Brochures-d-info

Aude CARIA

Directrice de Psycom

Assistant universitaire de médecine générale (AUMG) : de nombreux objectifs mais une expérience enrichissante

Depuis 2014, des postes d'AUMG ont été créés en Ile-de-France et dans d'autres régions. Ces postes sont destinés à de jeunes médecins généralistes (fin de l'internat dans les 4-5 ans qui précèdent). Une fois nommé, l'AUMG doit remplir trois objectifs principaux : assurer une activité de soins au sein d'un cabinet médical, participer aux activités du département de médecine générale de son université de rattachement et assurer une mission locale de santé publique.

L'activité de soins

L'activité de soins peut aussi bien être exercée comme remplaçant, collaborateur, médecin installé ou médecin salarié d'un centre de santé, ce qui laisse une grande souplesse. Le médecin continue de toucher des honoraires (ou salaire si salarié) et le contrat d'AUMG ne vient pas impacter la rémunération de la part soins.

D'autres objectifs viennent encadrer cette part soins, ils ont pour but d'amener une approche plus qualitative à notre pratique. Ils mettent notamment l'accent sur une prise en charge coordonnée et la participation à des groupes d'échanges de pratique.

Il est aussi demandé à l'AUMG d'assurer un rôle d'enseignant au sein de la structure de soins en accueillant des externes ou des internes. Cette fonction, même si elle n'est pas particulièrement mise en valeur par l'ARS, est probablement l'une des plus importantes en termes de retombées pour la santé publique, comme nous le verrons par la suite.

La dernière grande attente de l'ARS sur la part soins est l'intégration du médecin à des projets de recherche au sein du cabinet médical.

L'activité au sein du département de médecine générale

L'AUMG est intégré au sein du département universitaire de médecine générale (DUMG), un peu comme un chef de clinique. L'objectif étant qu'il participe à la vie du département : réunions pédagogiques, réunions d'organisation des stages, certification des étudiants...

Des activités d'enseignement sont également attendues comme la participation à des cours, le tutorat d'interne et le monitorat. Cette activité d'enseignement occupe souvent une bonne partie du temps dédié à l'activité au sein du DUMG.

En plus de ces activités à destination des étudiants, et devant le déficit de maîtres de stage de médecine générale (MSU), les AUMG contribuent à leur recrutement et à leur formation. Cette tâche, qui peut paraître ingrate devant la difficulté de trouver de nouveaux médecins intéressés, est néanmoins indispensable si on souhaite pouvoir former les futures générations de médecins généralistes dans de bonnes conditions. Des stratégies de recrutement au niveau régional avec l'appui des ARS sont probablement à développer pour améliorer la situation. De même, la levée des incertitudes actuelles sur les modalités de valorisation des MSU devrait permettre de rassurer les postulants.

Comme pour la part soins, l'AUMG va également être amené à s'impliquer dans des projets de recherche au sein du DUMG.

La mission locale de santé publique

L'implication dans un projet de construction d'une maison de santé pluri-professionnelle (MSP) labélisée est probablement, dans le contexte actuel, l'objectif principal. Cependant, toute forme de coordination locale, comme le renforcement du lien ville-hôpital, est recherché par le biais de ce poste d'AUMG.

L'objectif final est que le patient puisse bénéficier d'un parcours de soins facilité. Ainsi l'AUMG pourra aussi aider dans l'organisation autour de la gestion des urgences de ville pendant les horaires d'ouverture et en dehors (avec la participation aux permanences de soins). Il pourra également créer des liens avec le second recours de soins et les réseaux de soins.

De multiples objectifs

Comme nous venons de le voir, les objectifs de la « fiche de poste » de l'AUMG sont multiples, complexes et non réalisables dans leur intégralité par une seule personne. Il semble illusoire d'attendre d'un jeune professionnel en cours de construction professionnelle d'être à l'initiative de la création d'une MSP, tout en assurant les fonctions de soins et d'enseignement.

Ce constat est partagé avec les ARS, qui souvent n'attendent pas d'un candidat ou d'un AUMG qu'il soit capable de réaliser tous les objectifs. Ainsi, les dossiers de candidature retenus sont souvent assez divers. Certains profils sont plus orientés vers l'enseignement, d'autres vers la création d'une MSP... Si cette variabilité est bien reconnue par l'ARS d'Ile-de-France, il semble que, dans d'autres régions, la mise en place des postes d'AUMG soit plus compliquée.

Nous aurons probablement à faire face à un autre enjeu : l'intégration de ces différents profils à l'équipe d'un DUMG. En effet, si l'augmentation des effectifs des DUMG est indispensable pour la réalisation de leur mission, cette augmentation va nécessiter une réorganisation

et une restructuration des départements. Ces profils différents (qui peuvent avoir des objectifs professionnels différents) vont nécessiter un nouveau management au sein des DUMG, mais devraient également contribuer à faire le lien entre les enseignants chercheurs du DUMG et les MSU.

De futurs MSU

La fonction d'AUMG dure deux ans avec une possibilité de prolonger le contrat d'un an. Après ces deux à trois ans, si certains AUMG vont probablement intégrer les équipes des DUMG, d'autres n'auront pas la possibilité (ou la volonté) d'intégrer les DUMG. Même dans ce dernier cas, il est fort probable que ces médecins poursuivent l'activité d'enseignement, au moins comme maîtres de stage universitaires (MSU).

Ces postes d'AUMG ont également l'avantage d'offrir un ancrage professionnel rapide sur le territoire grâce aux réseaux universitaires. Ajoutés à cela le fort investissement dans le DUMG pendant ces deux années d'AUMG et la poursuite de la fonction de MSU, alors tous les ingrédients sont réunis pour disposer au long cours de « super MSU » sur le territoire.

En effet, ces jeunes médecins qui ont été formés à la pédagogie par les DUMG, et qui y ont exercé des responsabilités, seront inévitablement plus investis dans leur rôle de MSU. Ils pourront être un point d'appui pour les DUMG dans leur communication avec des MSU plus « éloignés » des universités. Ils pourront aussi assurer une remontée des informations des différents terrains de stage.

Ce rôle de MSU est primordial à plusieurs titres. Les MSU assurant la formation initiale des internes en médecine générale, cette fonction à elle seule impose beaucoup de responsabilité et de professionnalisme. Cette fonction de MSU contribue également à assurer la formation continue des médecins installés. Elle favorise l'autoévaluation des médecins maîtres de stage et les retours/questionnements des internes obligent les MSU à se tenir à jour des recommandations.



De plus, en ouvrant leurs cabinets aux étudiants, les MSU s'offrent plus de possibilités de trouver des remplaçants et/ou de futurs associés. On retrouve les valeurs essentielles du compagnonnage cher à l'exercice de notre profession et qui fait le lien entre les générations de praticiens.

Quand on regarde le rapport de l'IRDES n°534 « Comment améliorer la répartition géographique » et qu'on se focalise sur les principales méthodes susceptibles d'améliorer la démographie médicale, alors on se rend compte que la plupart de ces possibilités peut être mise en place au sein d'un cabinet de groupe (idéalement maison de santé) ayant un rôle de formation des étudiants. Cela revient très clairement à valoriser/développer le rôle de MSU !

Une expérience enrichissante

Au-delà des préoccupations de santé publique, le poste d'AUMG apporte une expérience professionnelle et personnelle extraordinaire. Alors que malheureusement notre exercice est souvent isolé, ce poste permet de tisser un réseau professionnel riche. Toutes les démarches professionnelles et administratives s'en trouvent simplifiées, grâce aux expériences de chacun.

Tous ces exemples nous aident à nous construire, prendre du recul sur notre exercice et à mieux en définir le cadre. La composante de recherche du DUMG aide à mieux appréhender les efforts de formation continue à réaliser pour avancer vers l'EBM (Evidence Based Medicine), ainsi que l'importance de notre implication dans des réseaux de recherche pour faire avancer notre discipline.

Ces rencontres professionnelles avec des collègues du territoire, partageant les mêmes valeurs, représentent bien plus que la simple construction d'un réseau de contacts : ce sont de nouvelles amitiés qui se créent. Même si les réunions ont une fâcheuse tendance à se multiplier, elles deviennent des lieux d'échanges et de réflexion sur notre pratique, entre confrères bienveillants/amis.

Le partage de son activité professionnelle entre pratique clinique, enseignement et missions de santé publique offre un véritable équilibre à condition de bien s'organiser.

Si vous avez la chance d'être dans une région proposant ce type de contrat, n'hésitez pas à rencontrer votre DUMG et à vous lancer !

Dr Carrière
Médecin généraliste à Trappes

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



Macéo éditions
Nscéo éditions



Les médecins généralistes et l'usage des technologies de santé mobile

Introduction

La souffrance au travail des internes de médecine générale est une réalité objectivée par des études récentes. En 2011, ils étaient 58,1 % à présenter au moins un des paramètres du BOS (Burn out syndrome) et 7 % à présenter les 3 paramètres élevés. Des liens significatifs ont été identifiés avec une charge de travail importante, un manque de reconnaissance, le stage hospitalier aux urgences, ou encore un faible temps consacré à la vie privée. En 2012, on retrouvait 28,6 % de trouble anxieux chez les internes de médecine de Brest, et 13 % de syndrome dépressif. Ils étaient liés à l'exigence psychologique du travail et aux relations avec les autres internes et médecins seniors. Les idées suicidaires sont plus fréquentes chez les médecins et étudiants en médecine (27,7 % en 2017), que dans la population générale (3,9 % en 2010). Les récents décès survenus en France parmi les internes, 10 suicides en 12 mois, conduisent à se poser des questions sur le vécu des internes de leurs études.

Le hidden curriculum

On distingue 3 composantes de la formation médicale :

Le curriculum formel : il correspond au programme officiel théorique et pratique encadré par la loi.

Le curriculum informel : il est implicite et est représenté par les styles d'enseignement d'un professeur à l'autre, les interactions interpersonnelles.

Le hidden curriculum ou "cursus caché" : on le retrouve à travers le vécu des expériences formatrices. Il correspond aux apprentissages inconscients, aux messages non intentionnels transmis par les professeurs et le personnel. Il s'agit de la transmission des coutumes, des valeurs, et de la culture médicale. Actuellement nous savons que les valeurs apprises ne sont pas toujours celles qui sont enseignées, elles peuvent même être antagonistes.

Les modèles de rôle

Le modèle de rôle se définit par l'attitude et le comportement d'un médecin qui dans le

contexte de son exercice professionnel influence de manière consciente ou non l'apprentissage des étudiants avec qui il est en contact.

Ce modèle de rôle, positif ou négatif, est absorbé par les étudiants et est beaucoup plus puissant qu'un cours formel. Même si les étudiants peuvent le suivre ou le rejeter, celui-ci a un impact sur leurs choix professionnels, leur perception de la relation médecin-patient, et leurs priorités dans le soin.

L'erreur médicale

L'apprentissage qui entoure une erreur médicale est totalement informel, influencé par la personnalité du senior, de l'équipe médicale, et par l'hôpital. La peur de l'erreur médicale est bien présente chez les étudiants, mais les médecins vivent dans une culture du non droit à l'erreur. Les internes se retrouvent souvent à les gérer seuls, quitte à les camoufler plutôt qu'à les exprimer (7). Ceci est corrélé au degré de compétitivité lors de l'apprentissage, entraînant un manque de soutien parmi les collègues.

Les conflits avec les seniors

Les conflits entre les étudiants et les seniors s'inscrivent dans le processus de professionnalisation. Il a été rapporté des demandes par le senior d'actes considérés comme immoraux par les internes.

Ces conflits sont favorisés par la fatigue (notamment en cas de gardes ou de charge de travail importante) et peuvent avoir une incidence sur la pratique professionnelle future.

Objectifs

Le travail de cette thèse a tenté de caractériser le vécu des internes de médecine générale de leurs études, via leur parcours de formation et leur ressenti, pour explorer le *hidden curriculum* pouvant impacter sur l'identité professionnelle des futurs médecins et leurs pratiques.

L'identification des valeurs, l'analyse des structures et des environnements d'apprentissage permettraient d'effectuer des changements pertinents pour les patients et les soignants.

Méthode

Cette étude qualitative a été réalisée entre février 2013 et juin 2015 avec des entretiens individuels semi-dirigés auprès d'internes de médecine générale de 3^{ème} semestre ou plus, appartenant à des facultés d'Ile-de-France. Les internes de 1^{er} ou 2^e semestre ont été exclus afin de cibler les internes ayant un recul suffisant sur leurs études. Le recrutement s'est arrêté à la saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'un nouvel entretien n'apportait plus de nouvelles informations.

Un guide d'entretien servait de base. Le consentement de l'interne a été recueilli sur les modalités de l'entretien (enregistrement au dictaphone, données anonymisées), puis des questions ouvertes ont été posées : « Quel est le projet professionnel, les craintes et aspirations ? Quels sont les moments forts du parcours de formation qui peuvent avoir influencé le projet professionnel ? Quel est le ressenti après l'entretien ? ». Chaque entretien a été retranscrit intégralement "mot pour mot" puis analysé selon la théorie ancrée.

Résultats

Quinze personnes ont été interrogées dont 9 femmes et 6 hommes, âgés de 25 à 40 ans, provenant de 4 facultés différentes d'Ile-de-France, 2 internes ayant fait leur externat hors Ile-de-France. Un interne était en 3^e semestre, un en 4^e semestre, 3 en 5^e semestre, 4 en 6^e semestre, et 6 en semestre supérieur. Ces entretiens ont duré entre 19 minutes et 1 heure 13 minutes. La saturation des données a été atteinte au 15^{ème} entretien.

Le parcours universitaire

Que ce soit le concours de la première année ou l'ECN (Examen Classant National), les étudiants les ont vécus de manière éprouvante, notamment concernant l'esprit de compétition. Celui-ci était renforcé par les conférences privées où les étudiants se sentaient obligés de s'inscrire pour réussir.

E02 : *"Les mauvais moments c'est le concours de la P1, le concours de l'ECN, ça c'est des très mauvais moments, si c'était à refaire je ne le referais pas".*

Le statut d'externe a été vécu par certains comme ayant peu de responsabilité et surtout peu de considération. Les tâches ingrates leur étaient confiées (le rangement des examens complémentaires, des dossiers médicaux, pousser le chariot...), avec peu d'enseignements pratiques. Lorsqu'il en existait un, faire souffrir les patients pouvait parfois être banalisé.

E02 : *"Il y a vraiment des services où t'es là mais t'es là juste pour faire toutes les tâches ingrates que les médecins ne veulent pas faire".*

E07 : *"La remarque qu'elle [la chef] m'avait faite c'était : « Mais en médecine on fait mal à ses patients et c'est normal quoi, et si on ne le fait pas c'est qu'on ne fait pas bien »".*

Mais l'externat c'est aussi la période de la découverte du folklore médical qui a marqué les esprits comme étant de bons moments de décompression après le difficile concours de la première année.

Pour l'internat, les débuts sont vécus de manière difficile car le statut de l'étudiant change (responsabilités d'un médecin, droit de prescription, prise d'autonomie), ainsi que son rôle en stage avec un décalage entre les attentes durant l'externat et la réalité. Une amélioration a été constatée entre le début et la fin d'internat.

E11 : *"Les moments les plus difficiles c'étaient (...) surtout en début d'internat (...). Quand on arrive en stage et qu'on est nouveau, qu'on n'est pas encadré, moi souvent je me suis dit je ne suis pas faite pour la médecine."*

Le premier salaire symbolise ce changement de statut et de responsabilités. Cependant, être un "médecin-étudiant" a pu mener à des situations difficiles. Certains internes pensent que leur travail n'est pas reconnu à leur juste valeur.

E14 : *"Je trouve qu'en tant qu'interne, c'est cette situation permanente de responsabilité partagée, ou justement de responsabilité tout seul, où on doit assumer tout seul, et puis finalement quand ça les arrange « ah ben nan t'es sous ma responsabilité » donc c'est très inconfortable".*

Les stages sont considérés comme formateurs, notamment sur l'apprentissage de l'esprit de synthèse. L'internat a été bien vécu par certains internes, favorisé par une bonne relation et une solidarité entre internes.

E08 : *"J'aimais bien l'ambiance entre internes. (...) on était tous un peu solidaires (...) du coup on se sent pas seul dans notre galère (...) déjà ça remontait toujours le moral".*

Les internes soulignent un bon encadrement universitaire durant le 3^e cycle, ainsi qu'une bonne formation théorique, notamment sur la communication et la relation médecin malade. Ils ont côtoyé des enseignants qui étaient disponibles pour répondre à leurs questions.

E14 : *"Je suis plutôt satisfaite de l'enseignement qui est assez interactif, les profs sont plutôt... sont abordables. (...) ils sont très à l'écoute."*

Ils ont trouvé que le travail universitaire était prenant, que ce soit pour les traces d'apprentissage, le mémoire pour certains, ou la thèse.

L'hôpital-usine

Les internes ont décrit leurs études à l'hôpital et l'ont comparé à une usine où était pratiquée une médecine "d'abattage", où les patients étaient déshumanisés, où l'organisation manquait de cohérence.

E07 : *"J'ai l'impression qu'au fur à mesure de mes études on m'a appris à voir des pathologies et pas des personnes et au bout d'un moment c'est... je ne sais pas, ça devient un peu inhumain. J'ai l'impression qu'à l'hôpital on s'en fiche un peu des gens."*

Il était demandé à l'interne d'être rapide tout en ayant une charge de travail ressentie comme importante, ce qui se répercutait par une réduction du temps passé avec le patient, par une augmentation de la peur d'une erreur médicale et par de la déception sur les prises en charge.

E01 : *"Je me rappelle du deuxième jour de stage où je me suis fait trasher par ma chef parce que j'étais trop lent. (...) Du coup oui on passe moins de temps avec les patients, on les laisse même pas parler. (...) On est parfois obligé de concéder dans ce qu'on aimerait faire".*

Les objectifs de rendement étaient perçus comme responsables du manque de personnel conduisant à des critères d'admission très restrictifs ("patients âgés autonomes"), à une dégradation de la qualité des soins et à des maltraitances de personnes âgées. Les internes se plaignaient d'une absence de reconnaissance de la part des patients ainsi que de l'absence de leur suivi. La pratique médicale manquait de réflexion, c'était "une récitation de cours".

Les urgences ont été particulièrement oppressantes. La prise en charge des patients se faisait "à la chaîne" et laissait peu de place à l'empathie ou au respect. Ce stage n'a pas été apprécié par une partie des interrogés. Au contraire, les internes ayant été bien encadrés dans un service d'urgences bien organisé ont bien vécu leur stage aux urgences qu'ils ont trouvé formateur.

E05 : "Le soir je rentrais, je sortais de l'hôpital j'étais détendu parce que tous les dossiers étaient seniorisés, tous. (...) Le senior qui s'occupait de moi il venait me voir il me disait : « Bon dis-moi quels patients tu as on fait le point », il faisait ça avant les trans', et ça change tout, c'est incroyable".

Deux cas d'erreur médicale ont été rapportés dans notre étude et se sont produits aux urgences. Pour l'un, l'erreur était due à une perte d'information entre chaque transmission. Pour l'autre, une co-interne n'avait pas fait le diagnostic d'une pathologie rare mais grave ayant entraîné le décès de la patiente. Cet épisode a provoqué le dégoût de l'hôpital et du travail en équipe.

Les gardes sont un moment particulièrement difficile durant ces études.

E11 : "Je sais que les gardes surtout aux urgences c'étaient des périodes où je déprimais un petit peu à me dire une journée de 24h de travail sans repos (...) j'ai pas de patience avec les patients, je n'ai pas d'empathie, je n'aimais pas comment je prenais en charge les patients pendant mes gardes".

Le système hiérarchique hospitalier a été mal vécu par les internes qui parlent de mise en compétition des internes par les seniors, et de conflits entre seniors ayant un retentissement sur l'interne et sa formation. La médecine pouvait être enseignée de manière paternaliste, symbolisée par les visites surchargées des chefs.

La souffrance des patients et les attentes des internes

Dès les premiers pas à l'hôpital, l'étudiant va se confronter aux souffrances des patients et leur famille, à leurs pathologies lourdes, voire à leur décès qui sont des événements traumatisants.

E07 : "Les patients en fait ils véhiculent quelque chose de négatif, enfin ils sont hospitalisés, ils sont tristes, ils ont mal, ils ont une dose de souffrance qui est assez importante donc du coup ils la rejettent sur le soignant, et donc du coup je trouvais que c'était trop... Enfin ça a un côté un peu lourd à porter".

L'isolement et la dépendance des personnes âgées les ont marqués, tout comme la précarité visible lors des visites à domicile.

Concernant la relation médecin-patient, les internes souhaitent avant tout un rapport humain et empathique, être un médecin de famille avec une relation de proximité et un véritable suivi de leurs patients. Les internes ont ressenti un attachement envers certains patients, au point de s'identifier à eux et ont pris conscience de l'importance de mettre de la distance. La reconnaissance des patients est un élément positif important pour les internes.

E14 : "J'ai des souvenirs de patientes qui m'ont embrassée en me disant merci (...). Ca m'a juste fait du baume au cœur en me disant c'est génial j'adore prendre soin des gens !"



Stages de gériatrie et de médecine générale : une relation médecin-patient renforcée

La gériatrie est décrite comme une spécialité globale avec une prise en charge du patient toujours coordonnée avec le médecin traitant et la famille. C'est une médecine qualifiée de particulièrement humaine par les internes, suffisamment de temps est consacré au patient, avec une véritable écoute de ses besoins. Certains internes ont apprécié leur stage et ont pensé se spécialiser en gériatrie.

E07 : "J'ai eu une autre chef aussi en gériatrie qui était capable de discuter avec les patients alors qu'ils étaient un peu délirants et un peu déments et elle était capable d'en ressortir des choses, de les apaiser et de communiquer avec eux, et moi ça c'est quelque chose que j'ai trouvé extraordinaire".

E14 : "Il y a un stage qui m'a énormément marquée c'est le stage de gériatrie où j'étais dans une équipe mais extraordinaire, vraiment, et je me suis posée la question de si je n'allais pas devenir gériatre parce que pour moi ça représentait de la (...) médecine générale à l'hôpital, (...) c'était vraiment une prise en charge globale et c'était extrêmement satisfaisant (...). Les patients étaient contents, les familles aussi, et nous aussi."

C'est lors de leur stage chez le praticien de niveau 1 que les internes découvrent les spécificités de la médecine générale et constatent qu'ils apprennent par mimétisme de leur maître de stage : refuser les demandes abusives, gérer les demandes multiples, le temps de consultation et les tâches administratives, la communication avec le patient... C'est là où la relation médecin-patient prend un sens plus large et plus important.

Les modèles de rôle

Concernant les modèles de rôle négatifs, les internes ont été en contact avec un personnel hospitalier pouvant être sous tension et épuisé.

E07 : "Les gens [à l'hôpital] faisaient des choses un peu sans conviction au fond, et je trouve que les gens sont trop désintéressés complètement de ce qui peut arriver à leur patient".

Ils ont rencontré des médecins ou internes de spécialité parfois condescendants, autoritaires voire humiliants. D'autres médecins ont pu être indifférents envers les internes et les patients, ou peu investis dans leur travail. Des rapports conflictuels avec le sénior ont été mentionnés.

E02 : "Quand j'étais externe dans un service de l'APHP, au moment des staffs ou des visites, les chefs, enfin un chef auquel je pense particulièrement, s'amuse à te rabaisser en permanence et t'engueuler. (...) Il s'amusait à dire que t'es mauvais, que tu sais rien alors que tous tes après-midis tu passais à revoir tes bouquins, et au lieu d'essayer de t'apprendre ben il te casse en permanence. Ca ça m'a marquée quand j'ai vu mes co-externes pleurer à cause des chefs c'est pas normal."

En ambulatoire, certains médecins généralistes étaient qualifiés de laxistes vis-à-vis de leurs patients, avec des erreurs de prise en charge. D'autres médecins étaient isolés et en burn-out conduisant à une inversion des rôles entre l'interne et le maître de stage en termes de soutien et d'aide.

E14 : "La maître de stage qui était un médecin en burn out, je pense dépressive et en grande difficulté. (...) Avec des phrases du type : « Je n'en peux plus, je supporte plus, comment je vais faire, j'arrive pas à m'en sortir. » (...) Je pense que j'attendais beaucoup de soutien de sa part, surtout que j'étais dans une situation un peu de fragilité avec la grossesse, et qu'en fait nos rôles ont été complètement inversés et ben régulièrement c'était moi qui lui disais : « Ne vous inquiétez pas, ça va bien se passer, si vous voulez je finis la consultation. » (...) Je l'ai trouvée très isolée (...) elle sortait très tard le soir de son cabinet."

L'encadrement par des seniors pouvait être inexistant ou de mauvaise qualité avec une prise d'autonomie du jeune interne trop précoce.

E15 : "Il y avait des chefs absents tout simplement, et du coup on se retrouve tout seul à gérer les urgences, interne de premier semestre ! (...) On court partout pour chercher son chef, on le trouve pas (...) Je me dis quand même quand on est premier semestre on est livré à soi-même c'est pas normal".

Concernant les modèles de rôle positifs, certaines rencontres (en stage hospitalier ou ambulatoire) se sont révélées être enrichissantes avec des médecins sympathiques, humains, ayant de la considération pour les patients et les étudiants et pédagogues. Le personnel paramédical pouvait aussi représenter une aide précieuse.

E05 : *"J'ai pu avoir un prat' qui avait de bonnes évaluations et ça s'est super bien passé parce que le mec il était à la fois bosseur, compétent, à la fois il avait un super contact avec les patients (...) quand je lui parlais de nouvelles choses il était curieux comme s'il commençait la médecine. (...) D'avoir pu bosser comme interne avec lui c'était génial. C'était le truc le plus important de l'internat."*

Une partie des internes a bénéficié d'un bon encadrement par ces seniors avec une bonne relation senior-interne, leur permettant d'être plus serein.

E05 : *"Quand il y a eu cette erreur j'étais bien rassuré par mes chefs."*

La cohésion de l'équipe et la solidarité étaient des éléments très appréciés.



Le ressenti des internes et leur besoin de communiquer

Certaines expériences pouvaient être mal vécues par les internes : leur expérience face au décès et à la souffrance de patients auxquels ils ont pu s'attacher, leur incertitude à être un bon médecin, leurs responsabilités, le risque d'erreurs médicales, mais aussi la peur de la fin des études et de son avenir professionnel.

E05 : *"J'ai peur de faire une bêtise et qu'on me dise après que j'ai pas été sérieux ou quoi alors qu'en fait non c'est qu'il y a trop de travail"*

Ils ont exprimé du dégoût envers la médecine, et à plusieurs reprises la volonté d'arrêter leurs études. Les raisons évoquées sont : l'apprentissage livresque de la médecine et les cours magistraux en début de cursus, une erreur médicale, une mauvaise prise en charge médicale du patient, une charge de travail trop importante, la rencontre de médecins eux-mêmes en burn-out, la mauvaise entente ou un conflit avec un senior, l'absence d'aide ou d'encadrement par un senior, les gardes.

E10 : *"J'ai fait une césure moi dans mes études. J'étais plus trop intéressé par la médecine"*

E15 : *"Je me souviens de matinées, de matins où je me levais et où je pleurais. (...) Je faisais des crises d'angoisse tous les après-midis. J'en pouvais plus (...) à l'époque pour moi la médecine c'était fini. (...) J'étais complètement dégoûtée"*

E12 : *"Je trouve que ce sont des études qui sont difficiles, qui m'ont pas mal coûté personnellement, moralement. Parce que là si je devais ressortir du bac je ferais pas médecine"*

Une certaine exaspération est palpable liée à l'absence de plaintes des internes et des médecins en général concernant les conditions d'exercice.

E05 : *"Le burn-out c'est aussi de notre faute, collectivement. (...) Quand il y a un truc qui t'empêche de bien bosser et que personne ne se plaint ce n'est pas normal"*

Certains ont éprouvé une forme de désensibilisation vis-à-vis des patients.

Deux internes interrogés ont vécu durant leurs études un burn-out, l'un d'entre eux également une dépression. Les facteurs mis en cause par les internes étaient soit une grossesse et la rencontre d'un médecin en burn-out, soit le décès d'un proche et l'absence d'encadrement en stage.

Les moments perçus positivement sont l'accomplissement réussi de leur travail, la reconnaissance des patients et leur bonne prise en charge, la capacité à bien informer les familles de patients, le sentiment de responsabilité, les années de folklore médical, la réussite des concours, la fin des études médicales.

Il y a également l'admiration des internes pour certains seniors vis-à-vis de leurs compétences et capacités à gérer plusieurs tâches simultanées, leur pédagogie, leur relationnel avec les patients et leur humanité.

Il faut noter que les internes sont assez peu enclins à se plaindre de leurs conditions de travail, et lorsqu'ils le font leurs plaintes restent sans suite.

E05 : *"Tu peux leur dire ce que tu veux ils [les seniors] vont dire : « Ah ben non, moi à mon époque je bossais plus que toi et je ne disais rien »".*

Ils ont exprimé le besoin de parler, en particulier lors des moments difficiles, d'être écouté et de pouvoir échanger, de ne pas se sentir isolé. Les groupes Balint ont été mentionnés et ont été qualifiés d'utiles dans ce sens.

E15 : *"Ça fait du bien, on a beaucoup de choses à dire qu'on garde, qu'on n'exprime pas pendant nos études. On garde pour nous, on se fait violence, on y va on fait."*

Face à ce besoin, ils constatent une absence d'interlocuteur vers qui se tourner. Ils ont l'impression de subir leur formation.

E05 : *"C'est qu'on a personne à qui raconter ça, parce que nous-mêmes on se fixe des barrières déjà à la base, c'est-à-dire que pour moi c'est normal de bosser comme un chien."*

Discussion

Éléments communs à la littérature médicale

La volonté des internes d'un exercice médical en structure de groupe, liée à la peur de l'isolement est un élément récurrent dans la littérature médicale (18,19). Il en est de même pour la volonté de préserver une qualité de vie, souvent mise de côté durant le cursus médical.

La notion idéalisée de "médecin infallible" ne devant pas se plaindre a également été rapportée par notre étude. Cela est en contradiction avec une médecine qui est imparfaite, où les erreurs médicales sont une réalité, mais où la culture médicale impose aux internes de se taire (20). De plus, s'il leur arrivait de se plaindre, cela n'aboutissait généralement pas car les seniors répondaient qu'ils avaient vécu les mêmes difficultés.

L'insatisfaction de l'exercice médical a été signalée par les internes, pour des motifs également documentés dans d'autres études : personnel démotivé, prises en charge imparfaites ou agressives des patients, manque d'encadrement, charge de travail importante, gardes. Ce dégoût de la médecine a abouti au burn-out et à un syndrome dépressif chez certains internes interrogés. Aucun de ces internes n'avait bénéficié d'un soutien et certains ont trouvé une échappatoire dans l'arrêt transitoire de leurs études.

Aussi bien dans notre étude que dans la littérature, le vécu des stages hospitaliers a été très contrasté, avec pour certains la vision d'un "hôpital-usine" où ils ont appris à être expéditifs à cause de la charge de travail imposée, avec peu de suivi ou de retour positif notamment aux urgences. Ils craignent également de devenir cyniques et inhumains comme chez une partie du personnel soignant. L'ambiance de mise en concurrence des étudiants ainsi que la hiérarchie sont pesantes et sources de conflits. Ces conflits de valeurs et ces conditions de travail peuvent être des éléments de réponse aux difficultés des internes durant leurs études.



En revanche, le stage de gériatrie a été l'exception qui se rapprochait des valeurs des internes, avec le rapport humain, l'aspect pluridisciplinaire, la prise en charge globale et la prise de temps pour le patient (au point de susciter la vocation de certains pour la spécialisation en gériatrie).

Comme dans l'étude de Lempp et Seale et de Chamberland et Hivon, on retrouve bien les modèles de rôle. Leur influence se retrouve en stage ambulatoire de niveau 1 où les spécificités du métier sont apprises par mimétisme du maître de stage.

Les internes ont décrit dans leur parcours des modèles de rôle positifs concernant un personnel paramédical et médical aidant, une bonne entente avec l'équipe était très appréciée. Ils ont décrit avec admiration des médecins hospitaliers ou ambulatoires sympathiques, humains, pédagogues, auprès desquels ils ont appris une médecine qu'ils aimaient.

Au contraire, d'autres parlent d'un enseignement aléatoire. Des modèles de rôle négatifs et démotivants ont été identifiés à travers un personnel paramédical désintéressé de son

travail et des patients, épuisé et lassé par la charge de travail, et à travers des médecins seniors qui étaient peu investis dans leur rôle de soignant et de professeur. L'encadrement pouvait faire défaut pendant les gardes où les internes se retrouvaient seuls à gérer leurs patients, et ce dès le premier semestre d'internat. Ces seniors ont pu être irrespectueux, condescendants et humiliants. Ces conduites non professionnelles ont eu pour conséquence une démotivation des étudiants qui ont envisagés ou ont arrêtés leurs études, un dégoût de la médecine, une souffrance en stage.

Comme dans plusieurs études, les internes ont ici mentionné la peur de l'erreur médicale qui pourrait être favorisée par une charge de travail importante, sans encadrement par un senior, notamment pendant les gardes (pouvant entraîner un sentiment de dégoût de l'hôpital et de son fonctionnement).

Les internes ont aussi raconté leurs conflits avec un senior qui ont eu un impact sur leur pratique professionnelle, entraînant un comportement non professionnel du senior envers l'interne (refus d'encadrement et paroles humiliantes),

une perte de confiance en soi et une volonté d'arrêter la médecine. Vers qui se tourner dans ce genre de situation ? Les internes ont subi ces conflits complètement impuissants.

Éléments nouveaux de cette étude

Les stages d'externat sont considérés comme diversifiés et formateurs par certains et pas du tout par d'autres où leur rôle se cantonnait aux tâches ingrates, où ils étaient passifs, peu encadrés et mal considérés. Toutefois, l'externat c'est aussi la découverte du folklore médical très apprécié des étudiants et qu'il faut perpétuer car il leur permet de décompresser tout le stress accumulé pendant leurs études, et fait partie intégrante de la culture médicale.

Le début de l'internat était vécu comme difficile par rapport à la fin, s'agissant d'une période de transition (changement de statut, prise d'autonomie et de responsabilités potentiellement lourdes à porter, en particulier lorsque l'encadrement faisait défaut). Le statut de médecin-étudiant pouvait leur desservir, des seniors pouvaient soit imposer leurs directives, soit se décharger complètement des responsabilités. C'est là que la solidarité entre co-internes était importante et a permis de se sentir soutenu.

Malgré la charge de travail universitaire considérée comme importante lors du 3^e cycle, les internes sont globalement satisfaits de la qualité de leur formation théorique, et ont été bien encadrés par des enseignants très disponibles.

Les forces, limites et implications de cette étude

La force de cette étude a été d'aborder le thème du *hidden curriculum* qui est encore peu connu et peu étudié en France, alors qu'il constitue une partie importante de la formation des futurs médecins et qu'il est riche en informations. L'échantillon était diversifié (en termes d'âge et de niveau d'expérience) et multicentrique.

Comme toute thèse qualitative, les limites sont un biais de déclaration (car évocation de sujets personnels) et un biais d'interprétation lors de la sélection et du classement des verbatim.

Cette étude nous amène à sensibiliser et former les seniors du terrain à l'enseignement, notamment au début d'internat mais aussi tout au long du cursus, y compris lors de l'externat. Il faudrait promouvoir un environnement d'apprentissage collaboratif, respectueux et humain.

Il serait intéressant d'instaurer la possibilité d'effectuer pour ceux qui le souhaitent des entretiens individuels de manière anonyme et confidentielle auprès d'une personne neutre (psychologue ou autre) ? Concernant le burn-out, faut-il mettre en place un dépistage pour une prise en charge précoce ? A ce sujet, un numéro de téléphone pour les médecins et internes en difficulté a été mis en place le 1^{er} janvier 2018. Il serait judicieux en tout cas de développer les groupes Balint et les groupes de pairs pendant et même après l'internat.

Qu'en est-il du tableau sombre de l'hôpital ? Peut-on aller contre les directives budgétaires ? Il semblerait que la bonne organisation d'un service et un encadrement optimal peuvent en partie pallier ces contraintes et rendre un stage hospitalier plus formateur, la charge de travail moins lourde et moins pénible, et être moins une source de souffrance.

Les futurs médecins veulent exercer en étant entourés. Favoriser les structures de soin collectives comme les maisons médicales ou les centres de santé semble adapté.

L'étude du *hidden curriculum* mérite de se poursuivre en France sur d'autres facultés, mais aussi sur une autre population : celui des externes, ou encore celui des jeunes internes afin d'y déceler leur spécificités et les différences.

Conclusion

Les internes veulent exercer en étant entourés par des pairs et une équipe de professionnels de la santé, avec un rapport humain et empathique.

L'hôpital, premier lieu d'apprentissage, véhicule des valeurs contraires à celles qui devraient être transmises aux étudiants. Il est comparé à une usine ayant des objectifs de rendement, où les patients sont maltraités, déshumanisés, où la prise en charge est expéditive (notamment aux urgences). L'ambiance concurrentielle y est pesante, tout comme les conflits entre seniors ou entre étudiant et senior.

La culture médicale pousse les étudiants à ne pas se plaindre de leurs difficultés à leurs supérieurs, de peur d'aggraver leur relation ou de ne pas être pris en considération. Il n'existe actuellement pas d'interlocuteur privilégié permettant aux étudiants de s'exprimer librement alors qu'ils en ressentent le besoin.

Le manque d'encadrement a été souligné, autant durant l'externat que l'internat. L'externat a été pour certains une succession de tâches ingrates et une absence de considération. Le passage au statut d'interne donne droit à la prescription, à un salaire, à la responsabilité et à l'autonomie, mais reste une période charnière qui nécessite un encadrement précautionneux.

Des modèles de rôle positifs et négatifs ont été identifiés. Les étudiants ont côtoyé un personnel médical et paramédical pouvant être humiliant, désintéressé des patients ou de l'enseignement, voire lui-même en burn-out. Ces rencontres

ont eu des conséquences délétères auprès des étudiants : angoisse, solitude, souffrance, colère, dégoût de la médecine, burn-out, dépression. Au contraire, les étudiants décrivent leur satisfaction auprès d'un personnel paramédical et médical aidant. Ces modèles ont été pris pour exemple pour leur pratique future et ont renforcé l'envie d'être médecin.

Le stage aux urgences n'a été apprécié que par les internes ayant été bien encadrés. Les erreurs médicales qui ont eu lors de ce stage ont eu un impact émotionnel important malgré le débriefing.

Le stage de gériatrie véhicule des valeurs très appréciées des internes. On y retrouve des géiatres humains, pluridisciplinaires, respectueux, prenant leur temps avec les patients, pour une prise en charge globale et coordonnée.

Afin d'améliorer l'apprentissage des étudiants, des formations pédagogiques pourraient être dispensées auprès des seniors en contact avec les étudiants, en promouvant un environnement collaboratif, respectueux et humain. Un interlocuteur privilégié pourrait être désigné pour recevoir plaintes et/ou confidences afin de libérer la parole des étudiants, tout en développant les groupes de pairs.

L'étude du *hidden curriculum* mérite d'être poursuivie sur d'autres populations, ainsi que l'influence du milieu hospitalier et des modèles de rôle sur les pratiques professionnelles ou le burn-out.

Pauline Té

Pratiques des médecins généralistes d'Ile-de-France face aux dyspepsies chroniques

La dyspepsie est une maladie chronique. Elle présente un problème de santé publique d'une part par son impact socio-économique et d'autre part par le risque de cancer digestif qu'elle peut induire en cas de présence d'H.pylori. Le médecin généraliste a un rôle primordial dans sa prise en charge.

Matériels et méthodes

Nous avons conduit une enquête descriptive observationnelle entre novembre 2016 et mars 2017 auprès de 620 médecins généralistes des 7 départements d'Ile-de-France. Le questionnaire par vignettes cliniques incluant les caractéristiques sociodémographiques des médecins (sexe, âge, maîtres de stage...) a été complété par voie électronique par 134 d'entre eux. Leurs réponses ont été analysées selon ces mêmes caractéristiques socio-démographiques.

Résultats

Le test respiratoire à l'uréase était connu chez la majorité des médecins généralistes franciliens, ainsi que les conditions de sa réalisation. Néanmoins, il n'est réalisé devant une dyspepsie chronique que dans 32 % des cas. Les signes d'alarme motivant une prescription d'une fibroscopie en première intention en cas de syndrome dyspepsique étaient connus selon des proportions différentes, exception faite à l'âge.

Le traitement d'éradication d'H.pylori était adéquat dans 50 % des cas, la quadrithérapie bismuthée est prescrite dans 29 % des cas, suivi par le traitement concomitant dans 21 %, le traitement séquentiel et la trithérapie classique restent cependant bien prescrits. En absence d'infection de l'H.pylori, les thérapeutiques prescrites étaient adéquates aux recommandations sauf pour la psychothérapie dont la prescription était insuffisante en cas de syndrome dépressif associé. Certaines questions ont été influencées par les caractéristiques sociodémographiques des médecins, il a été observé une meilleure connaissance des recommandations chez les maîtres de stage.

Conclusion

La prise en charge des dyspepsies chroniques en médecine générale dans notre région nécessite une meilleure connaissance et compliance aux recommandations en vigueur. Les conséquences se traduisent en termes de coût de santé publique. Le rôle de formations médicales continues, de formations maîtres de stage, une diffusion plus large des supports d'information médicale déjà existants et l'élaboration d'autres outils informatisés adaptés trouveraient une justification dans cette étude.

Mots clés

Dyspepsie chronique, *Helicobacter pylori*, Antibiothérapie d'éradication, test respiratoire à l'uréase, Fibroscopie, Signes d'alarme, Inhibiteur de la pompe à proton.

Par **Rahima MERABET BRAHIMI**

Communiqués de **PRESSE**



Nouveau président de la conférence des doyens : des propos équivoques sur la souffrance des étudiants en médecine !

06 février 2018

Le Pr Jean Sibilia, doyen de la faculté et PU-PH en rhumatologie au CHU de Strasbourg, a été élu mardi 30 janvier président de la Conférence des doyens des facultés de médecine de France.

Suite à son élection, il a donné un **premier entretien à la revue WUD**. Interrogé sur les suicides d'internes, le nouveau président des doyens a tenu des propos pour le moins équivoques.

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a ainsi été intrigué par l'utilisation de l'expression "suicides réels" (à quoi renverrait alors la dénomination de "faux suicides" ?) et étonné du renvoi à un problème de société plus général (alors que dans la population générale en France métropolitaine, **l'évolution est à la baisse sensible** pour les suicides, il faut déplorer 10 suicides d'internes sur les 12 derniers mois).

Mais le SNJMG a surtout été indigné par les propos évoquant l'instrumentalisation des suicides d'internes et récusant, sur le mode de l'argument d'autorité, toute influence de "l'organisation structurelle".

Dans un **récent communiqué** sur une série de décès accidentels d'internes, le SNJMG avait bien sûr rappelé que ceux-ci pouvaient relever de causes multiples et souvent bien différentes mais il avait tenu à ce que les risques psychosociaux encourus par les internes ne soient pas oubliés, car ils sont bien réels comme l'avait récemment démontré **une enquête** lancée en 2017 par nos collègues de l'ISNI.

Le SNJMG est donc disponible pour discuter avec le nouveau président des doyens afin, comme le dit le Pr Sibilia, de ne pas rester dans le déni

de cette problématique (NB : Aux USA, **des programmes de prévention adaptés** ont été mis en place pour les étudiants en médecine depuis qu'il a été démontré qu'un homme médecin a 1.41 fois plus de risque de se suicider, et une femme médecin 2,27 fois plus).

A ce sujet, le SNJMG apprécie que les ministères concernés (Enseignement supérieur et Santé) aient annoncé hier soir la mise en place d'une concertation avec la conférence des doyens et des organisations de futurs et jeunes soignants mais s'étonne que ni les organisations d'étudiants paramédicaux (autres que les élèves infirmier.e.s) ni l'organisation représentant les étudiants en médecine (ANEMF) ni le SNJMG (en tant qu'organisation d'internes de Médecine Générale) ne soient explicitement conviés à cette concertation.



Contact presse :

Sayaka OGUCHI, Présidente | 07 61 99 39 22 | president@snjmg.org

Hôpital / Santé : de nouvelles annonces de réforme pour quelle cohérence ?

14 février 2018

Après l'annonce d'un plan territorial aux soins le 13 octobre 2017 (remanié sur la forme le 06 février 2018), la publication de la *Stratégie Nationale de Santé 2018-2022* le 20 décembre 2017 et la *révélation d'un plan psychiatrie / santé mentale* le 26 janvier 2018, M. Edouard Philippe, premier ministre, et Mme Agnes Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, ont présenté hier matin *une Stratégie de Transformation du Système de Santé* depuis le centre hospitalier Simone Veil, à Eaubonne (Val-d'Oise).

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) constate qu'il ne s'agit pas ici d'annonce de mesures concrètes ni de financements supplémentaires (en dehors d'un budget de 100 millions d'euros annuels, soit 0.05 % des dépenses de santé), mais de l'ouverture de cinq chantiers auxquels devraient participer les acteurs de terrain.

Même si le délai est court (de mars à juin), les chantiers sont intéressants puisqu'ils concernent :

- La qualité et la pertinence.
- Le financement et les rémunérations.
- Le numérique.
- Les ressources humaines.
- L'organisation territoriale.

A titre d'exemples, le SNJMG, du fait de ces luttes et propositions, passées et toujours actuelles, apprécie la remise en cause du financement quasi exclusif de l'hôpital par la T2A et le développement de la diversification de la rémunération des médecins "de ville".

Quant à la participation des acteurs de terrain à ces chantiers, elle est tout aussi évidente que bienvenue... à condition que tous soient invités.

Toutefois, le SNJMG s'interroge sur l'articulation de ces chantiers avec les autres plans de santé, annoncés et à venir (ex : convention d'objectifs et de gestion entre Etat et Assurance Maladie).

De plus, le SNJMG est perplexe devant le flou qui entoure l'annonce d'hier matin. Si les documents officiels précisent qu'il s'agit bien d'un projet concernant l'ensemble du système de santé, la médiatisation de cette annonce se fait sur le thème d'une réforme de l'hôpital public.

Est-ce à dire que la nécessaire remise en question de l'organisation en silos de notre système de santé doit conduire à une gestion commune de l'hospitalier et de l'ambulatoire avec une prééminence du premier sur le second ?

Le fait que les ministres aient choisi un hôpital pour faire cette annonce avec, pour public sur l'estrade, différents personnels hospitaliers ne peut qu'entretenir cette interrogation...

Quoi qu'il en soit, le SNJMG qui est intervenu dans les précédentes annonces et qui participe au comité de pilotage du plan d'accès territorial aux soins, reste disponible pour défendre les propositions des jeunes générations de médecins généralistes (internes et jeunes MG hospitaliers comme remplaçants et jeunes installés ou salariés en MG) en matière d'évolution du système de santé.



Contact presse :

Sayaka OGUCHI, Présidente | 07 61 99 39 22 | president@snjmg.org

Négociations conventionnelles : les jeunes et futurs médecins enfin représentés !

20 février 2018

Après des années d'attente, le décret permettant aux futurs et jeunes médecins d'être présents aux négociations conventionnelles entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux est paru au Journal Officiel le 17 février dernier. Les associations et syndicats représentatifs ont obtenu d'être intégrés en tant qu'« observateurs ». C'est une reconnaissance supplémentaire de leur rôle dans notre système de santé.



A travers la détermination de la tarification des actes, ces négociations décident de l'orientation du système de santé. La présence autour de la table de ceux qui représentent l'avenir de la profession était donc incontournable.

Nous saluons cette publication qui nous reconnaît enfin une place officielle dans la réflexion et l'organisation de la médecine libérale de demain.

Cette présence nouvelle doit permettre la construction d'une politique de santé en rapport avec les défis que nous devons relever : accès aux soins, virage préventif, virage numérique, vieillissement de la population...

Les jeunes et futurs médecins sauront être force de propositions pour construire, avec l'ensemble des acteurs, un système de santé égalitaire, solidaire et efficient.

Contact presse :

Yanis MERAD, Président de l'ANEMF | 06.50.38.64.94 | president@anemf.org

Maxence PITHON, Président de l'ISNAR-IMG | 06.73.07.53.01 | president@isnar-img.com

Dr. Emanuel LOEB, Président de l'ISNCCA | 06.50.93.64.60 | president@isncca.org

Jean-Baptiste BONNET, Président de l'ISNI | 06.59.50.46.61 | president@isni.fr

Dr. Yannick SCHMITT, Président de ReAGJIR | 06.81.66.46.93 | contact@reagjir.com

Dr. Sayaka OGUCHI, Présidente du SNJMG | 07.61.99.39.22 | presidente@snjmg.org

Médecins remplaçants non thésés : une pénalisation financière supplémentaire !

26 février 2018

Depuis le 1^{er} Janvier 2018, tous les médecins remplaçants, qu'ils soient thésés ou non, doivent obligatoirement s'affilier à la caisse de retraite des médecins (CARMF) et sont donc redevables d'une cotisation annuelle (plus de 3000 euros la première année). Auparavant, seuls les médecins thésés pouvaient être concernés par cette affiliation obligatoire à la CARMF.

Certes, il existe une possibilité d'exonération pour un Bénéfice Non Commercial (BNC) annuel inférieur à 12 500 euros qui devrait dispenser de cotisation nombre d'internes commençant les remplacements en seconde partie d'internat.

Et, cette affiliation, dès les premiers remplacements, alloue des "trimestres" supplémentaires à ces futurs retraités.

Mais, l'exonération n'est pas automatique pour un BNC inférieur à 12500 euros (elle est soumise à l'examen d'une demande personnelle). De plus, les remplacements constituent l'unique rémunération des jeunes médecins entre la fin des stages d'internat et la soutenance de la thèse (générant alors des BNC supérieurs à 12500 euros).

Et, hélas, rien ne garantit la pérennité de l'actuel système de retraite des médecins.

En pratique, cette disposition va donc constituer une perte de revenu sensible pour les jeunes médecins exerçant des remplacements avant leur thèse, sans certitude qu'ils en recueilleront un bénéfice au moment de leur retraite...

Cette mesure est de nature à décourager les futurs médecins pour une activité libérale ou, du moins, à les inciter à retarder le début des remplacements : c'est clairement une mesure incohérente vis-à-vis de l'engagement des pouvoirs publics en matière de démographie médicale.

A ce titre, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) s'étonne que cette nouvelle réglementation est le résultat d'un amendement à la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS 2018) élaboré sans concertation avec les structures de futurs et jeunes médecins et introduit à la demande de la Direction de la Sécurité Sociale... donc du ministère de la Santé !

Le SNJMG, qui travaille sur un dossier à ce sujet, demande à discuter de cette mesure avec la CARMF et interpelle le ministère de la Santé sur la nécessaire révision de cette disposition de la LFSS 2018.

Contact presse :

Sayaka OGUCHI, Présidente | 07 61 99 39 22 | president@snjmg.org

Expérimentation "petit bras" de la prise en charge de la psychothérapie par l'Assurance Maladie

07 mars 2018

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a pris connaissance de l'ouverture ce mois-ci dans 3 départements tests (Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne et Morbihan) d'une expérimentation de la prise en charge de la psychothérapie par l'Assurance Maladie.

Le SNJMG, syndicat indépendant des laboratoires pharmaceutiques, rassemblant internes, remplaçants et jeunes installés (ou salariés) en Médecine Générale, est conscient depuis longtemps que les médicaments constituent une mauvaise

réponse aux problèmes de santé mentale d'intensité légère à modéré (1, 2 et 3). C'est pourquoi il est favorable à une prise en charge par l'Assurance Maladie de la psychothérapie et se réjouit a priori de l'annonce de cette expérimentation.



De plus, le SNJMG, qui soutient une prise en charge des soins primaires en totalité par l'Assurance Maladie, remarque avec satisfaction que dans cette expérimentation les frais de santé seront pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie permettant une dispense totale d'avance de frais pour le patient (tiers payant intégral).

Toutefois, le SNJMG se désole des autres conditions de mise en place de cette expérience. D'une part, les mineurs et les plus de 60 ans sont exclus de l'expérimentation ; ce qui peut s'expliquer par des difficultés techniques mais qui reste décevant en matière de santé publique. D'autre part, si la rémunération du médecin généraliste n'est pas précisée par l'Assurance Maladie (4), la rémunération proposée aux psychologues cliniciens et aux psychothérapeutes est trop déconnectée des pratiques actuelles (5). Enfin, la complexité et les limites du déroulé de la prise en charge (6) et la non prise en compte des

contraintes administratives pour les professionnels ont de quoi en décourager plus d'un(e).

Or, le SNJMG sait bien que les expérimentations peu attractives en matière de financement et d'organisation bureaucratique sont quasiment condamnées à rester des expérimentations sans lendemain...

Le SNJMG demande donc à l'Assurance Maladie de revoir les modalités fragilisant cette expérimentation et de s'engager à rendre public les résultats de celle-ci. Enfin, le SNJMG interpelle le ministère de la Santé qui vient d'annoncer un plan psychiatrie / santé mentale (7) pour qu'il s'implique dans l'expérimentation de l'Assurance Maladie ou du moins qu'il l'intègre dans son plan.

Contact presse :

Sayaka OGUCHI, Présidente | 07 61 99 39 22 | president@snjmg.org

(1) : HAS, Recommandation de bonnes pratiques, Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours, octobre 2017.

(2) : NICE, Clinical guideline, Depression in adults: recognition and management, october 2009.

(3) : Benzodiazepines : our other prescription drug epidemic.

(4) : Le SNJMG s'est déjà prononcé en faveur de la reconnaissance d'une consultation de dépistage/repérage précoce mais constate qu'il n'existe dans la nomenclature actuelle que la cotation ALQP003 en CCAM (en tant qu'acte technique médical) correspondant à l'évaluation par échelle psychiatrique MADRS, Hamilton, Beck, MMPI ou STAI (valeur de l'acte en mars 2018 : 69,12 euros).

(5) : 32 euros pour l'entretien d'évaluation (45 minutes), 22 euros pour chaque séance d'Accompagnement psychologie de soutien (30 minutes) et 32 euros pour chaque séance de Psychothérapie structurée (45 minutes) contre 45 à 50 euros en moyenne actuellement par séance de 45 à 60 minutes.

(6) : Une première évaluation clinique par le Médecin Généraliste permettant l'inclusion, puis après une autre consultation d'évaluation par le psychologue, une deuxième consultation chez le médecin généraliste pour la prescription qui ne peut dépasser dix séances. Après ces dix séances, sans amélioration suffisante, à nouveau rendez-vous chez le médecin et éventuellement un psychiatre pour une prescription d'un maximum de dix séances de psychothérapie structurée (Source : Guide pratique à destination des psychologues cliniciens et des psychothérapeutes).

(7) : Communiqué du SNJMG à l'annonce du plan psychiatrie /santé mentale par Mme Agnes Buzyn.

Femmes et médecine : il reste encore tant de combat à mener !

08 mars 2018

La journée internationale des droits des femmes prend cette année une tonalité particulière, depuis les révélations, l'automne dernier, sur les agissements du producteur de cinéma Harvey Weinstein et le vaste mouvement international de libération de la parole des femmes qui s'en est suivi. Un mouvement qui a démontré que toutes les catégories socio-professionnelles étaient concernées par les problèmes de sexisme et de harcèlement sexuel.

*Et le milieu médical n'échappe pas à la règle, notamment chez les futurs et jeunes médecins. Différentes études internationales rapportent entre 30 % et 70 % de victimes de sexisme chez les étudiants et jeunes médecins (1 et 2). **En France**, une enquête (3) lancée en octobre 2017 par nos collègues de l'ISNI sur près de 3 000 internes, aux trois quarts des femmes, révèle qu'environ **9 % ont subi une forme de harcèlement sexuel** (des agissements imputés aux médecins et supérieurs hiérarchiques une fois sur deux et **presque jamais à l'origine de procédures judiciaires** - 0,15 %).*

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) avait déjà parlé des problèmes de sexisme/machisme en médecine lors de la précédente journée des droits des femmes le 8 mars 2017 (4) et sa nouvelle présidente, le Dr Sayaka Oguchi, à la tête d'un bureau entièrement féminin (5), en a fait en décembre 2017 un des axes de travail prioritaire du syndicat. Dès janvier 2018, le SNJMG faisait état de l'action du collectif « jeudi 11 » et de membres du Syndicat de la Médecine Générale (SMG) à propos d'une fresque sexiste (seules les femmes sont nues sur cette fresque, tous les hommes sont habillés) imposée au regard de tous à l'internat de l'Hôpital Purpan du CHU de Toulouse (6). Or, à ce jour, ni la direction du CHU de Toulouse, ni le doyen de la faculté de Purpan, ni aucune organisation médicale (en dehors du collectif « jeudi 11 », du SMG et du SNJMG) ne s'est exprimé sur le sujet... Devant cette absence de réaction, le SNJMG soutient la saisie du défenseur des droits par le collectif « jeudi 11 ».

Sur les questions statutaires concernant les femmes médecins, le SNJMG continue de demander une couverture maternité de niveau équivalent entre toutes les femmes médecins conventionnée (installées et remplaçantes) et toutes les professionnelles de santé « libérales » ainsi qu'une rapide résolution de la situation dramatique des médecins privés de thèse, qui sont majoritairement des femmes médecins (7).

Mais surtout, le SNJMG qui dénonce les mauvais traitements médicaux, en France (8) comme aux USA (9), dont peuvent être victimes les patientes se montre particulièrement inquiet des différentes menaces qui se font jour aux USA (10) et en Europe même (11) contre l'accès à l'IVG.

Autant de sujets qui seront abordés lors des prochaines Assises Nationales des Jeunes Médecins Généralistes organisées le 17 mars 2018 dans les locaux de la revue Prescrire et qui auront pour thème : "Intimité des corps et respect des personnes en Médecine Générale" (12).

(1) : Komaromy. Sexual harassment in medical training. NEJM; 1993.

(2) : Larsson C. Sexual and gender-related harassment in medical education and research training. Med Educ.; 2003.

(3) : <http://www.isni.fr/wp-content/uploads/2017/11/ISNI-dossier-de-presse-enquete-sexisme.pdf>

(4) : <http://www.snjmg.org/blog/post/femmes-medecins-generalistes-les-limites-du-discours-bienveillant-de-la-ministre-de-la-sante/1355>

(5) : <http://www.snjmg.org/blog/post/syndicat-des-jeunes-mg-un-nouveau-bureau-national-pour-2018/1428>

(6) : <http://www.snjmg.org/blog/post/liberation-de-la-parole-des-femmes-en-medecine-aussi/1438>

(7) : Page internet sur les « privés de thèse ».

(8) : Touchers vaginaux non consentis .

(9) : Medicine has a sexism problem (Huffpost).

(10) : <http://abcnews.go.com/Politics/trump-administration-announce-conscience-religious-freedom-division-hhs/story?id=52434480>

(11) : <https://twitter.com/ARTEfr/status/970993144614572033>

(12) : Site internet des Assises Nationales des Jeunes Médecins Généralistes.

Fresque sexiste de l'hôpital de Purpan : la directrice du CHU demande son retrait

12 mars 2018

Hier, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a publié **un communiqué de presse** à l'occasion de la journée internationale des droits des femmes où était évoqué le cas d'une fresque sexiste (seules les femmes sont nues sur cette fresque, tous les hommes sont habillés) imposée au regard de tous à l'internat de l'Hôpital Purpan du CHU de Toulouse.

Devant l'absence de réaction officielle des différentes institutions concernées, le SNJMG soutenait le recours au défenseur des droits par le collectif « jeudi 11 », à l'origine de la mobilisation d'externes et d'internes.

Ce même 8 mars 2018, à l'occasion d'un comité technique d'établissement (CTE), Mme Anne Ferrer, la directrice du CHU de Toulouse, interpellée par les représentantes Sud Santé Sociaux 31, annonçait qu'elle demandait officiellement au bureau de l'internat de l'hôpital de Purpan de procéder au retrait de la fresque.

La direction du CHU de Toulouse a précisé dans **un article de la Dépêche du midi** (publié ce jour) que "l'égalité homme/femme sera la priorité (du

prochain projet d'établissement avec cette volonté d'en finir avec la culture sexiste qui peut encore exister au sein du monde carabin".

Le SNJMG qui regroupe internes, remplaçants et jeunes installés (ou salariés) en Médecine Générale ne peut que se réjouir de la prise de position de la direction du CHU, en totale adéquation avec les engagements du syndicat contre le sexisme en médecine. De même, le SNJMG espère que le bureau de l'internat veillera à ce qu'il n'y ait plus de fresque sexiste.

Contact presse :

Sayaka OGUCHI, Présidente | 07 61 99 39 22 | president@snjmg.org

Choix de postes IMG IDF Semestre d'été 2018

14 mars 2018

Cher(e) collègue interne,

Comme convenu lors de la réunion post choix hospitaliers d'automne, le 21 octobre 2017, dans les locaux de la revue *Prescrire*, nous vous informons sur la préparation des choix de stages hospitaliers pour l'été 2018.

Contrairement aux choix précédents, le SNJMG a pu participer aux deux réunions de préparation de la commission d'adéquation des stages (mi-janvier et début février 2018). A l'issue de ces réunions, une position commune a été actée avec l'autre syndicat représentatif des IMG d'Ile-de-France, le SRP-IMG : les représentants des 2 syndicats d'IMG défendent en commission le mode on / off (nombres de postes suffisants dans les services formateurs / pas de postes dans les services mal notés par les IMG).

La commission d'adéquation du 22 février 2018 a débuté sur une discussion générale allant dans le sens des représentants des IMG mais sitôt que la discussion est entrée dans le détail de la liste pré-établie soumise à délibération, il a fallu constater le hiatus entre les principes et les contraintes. Néanmoins, le représentant du SNJMG, comme celui du SRP, ont obtenu quelques modifications, à la marge. Au final, un accord a été conclu sur une liste qui comme lors des précédents choix, acte plutôt un saupoudrage des diminutions de postes sur les stages de médecine polyvalente. Cette diminution reste malgré tout très inférieure à la diminution du nombre d'internes : il y a donc plus de 80 postes d'inadéquation pour les T3 et T2.

Il n'y a pas eu de diminution du nombre de poste du pôle mère-enfant, mais pas d'augmentation non plus. Cela ne règle ni le problème des IMG uniquement DES ayant des difficultés à accéder à ces stages ni celui des IMG en DESC. Il faudra que nous puissions trouver une solution consensuelle sur la difficulté à accéder à ces postes.

Concernant les demandes propres du SNJMG, issues de la réunion du 21 octobre 2017, le SNJMG n'a pas pu obtenir la publication rapide, après la commission d'adéquation de stages, de la de la liste officielle de postes proposés aux choix. Toutefois, nous maintenons notre demande auprès de l'ARS afin que la liste ne soit pas publiée quelques jours seulement avant les choix (comme ce fut le cas en octobre 2017).

Concernant l'autre demande sur le choix des T3 et T2 après celui des T1 (avec reversement des stages non pris), l'ARS n'a pas remis en cause le cadre réglementaire : les choix se feront par ordre d'ancienneté même si le pool de stages est différent.

Au final, les choix se dérouleront du 27 mars 2018 au 04 avril 2018 (vous trouverez la répartition sur ce lien).

Attention : les choix de postes auront lieu dans les locaux de l'ARS (Millénaire 2, 35 rue de la gare, 75019 Paris) !

Le SNJMG reste à la disposition des IMG pour toute information complémentaire.

NB : nous pourrons, même si a priori ce n'est pas prévu au programme, répondre à vos questions lors des temps de pauses des Assises Nationales des Jeunes Médecins Généralistes que nous organisons ce samedi 17 mars 2018 dans les locaux de la revue Prescrire. Si vous voulez y participer, ne tardez pas à vous y inscrire : le nombre de place est limité !

Pour conclure, voici un communiqué du Dr Albert Ouazana (coordination IDF du DES de MG) concernant les T1 :

Comme vous le savez, réglementairement la maquette du DES de médecine générale impose en phase socle, 1^{ère} année du DES, alternativement le stage hospitalier aux Urgences et le stage ambulatoire en Médecine générale de premier niveau (SN1).

Compte tenu du nombre de postes insuffisant proposé en ambulatoire, le stage SN1 peut être remplacé, de façon transitoire et dérogatoire, par un stage hospitalier agréé en médecine polyvalente, normalement prévu en phase de consolidation. Le SN1 étant alors décalé après la phase socle.

Cette modalité ne concerne pas le stage aux Urgences, qui reste obligatoire en phase socle, sans dérogation possible, puisque le nombre de postes proposés est suffisant pour que tous les étudiants d'Ile-de-France puissent y accéder.

En résumé, quatre possibilités pour les étudiants en 1^{ère} année de DES de médecine générale :

- 1^{er} semestre en SN1 et 2^{ème} semestre aux urgences.
- 1^{er} semestre en médecine polyvalente et 2^{ème} semestre aux urgences.
- 1^{er} semestre aux urgences et 2^{ème} semestre en médecine polyvalente.
- 1^{er} semestre aux urgences et 2^{ème} semestre en SN.1

Bien cordialement,

Le SNJMG

Plan de prévention nationale en matière de santé : un assemblage de mesures d'ambition variable

03 avril 2018

Depuis de bien longues années, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) déplore la part congrue accordée à la prévention dans le système de santé en France. Et depuis ce temps, le SNJMG renouvelle ses propositions afin de changer la donne (dernier exemple en date : l'avis du SNJMG sur la Stratégie Nationale de Santé).

Aussi, c'est avec grand intérêt que le SNJMG a pris connaissance des 25 mesures phares du plan national de prévention en matière de santé, présentées le lundi 26 mars 2018 par le premier ministre et la ministre de la Santé dans les locaux de l'agence Santé Publique France.

Selon le gouvernement, ce plan représente un investissement de 400 millions d'euros pour cinq ans, soit près de 0.2 % du montant annuel de la consommation de soins et de biens médicaux.

En matière de consommation de produits néfastes pour la santé, le SNJMG a apprécié la hausse du prix du tabac (même si le saussinage en plusieurs étapes fait craindre une limitation de la portée de cette mesure) et apprend avec satisfaction que l'aide au sevrage, qui se limite aujourd'hui à un forfait de 150 euros par assuré et par an, sera progressivement assurée par un remboursement de l'Assurance-Maladie, comme pour tous les médicaments remboursables. Mais, le SNJMG déplore que pour l'instant le plan du gouvernement ne propose aucune mesure concrète supplémentaire.

Concernant l'alcool, deuxième cause de mortalité évitable en France, avec 49 000 morts par an, dont 15 000 par cancer, les annonces semblent bien modestes : seules sont annoncées une augmentation de la taille du pictogramme « interdit aux femmes enceintes » sur les bouteilles d'alcool et une « amélioration » de la démarche de prévention auprès des femmes enceintes et des jeunes pris en charge aux urgences après une « alcoolisation aigüe ».

Plus globalement sur l'ensemble des consommations (tabac, d'alcool ou de cannabis) et pratiques (écrans, jeux...) à risques, le plan n'annonce qu'un renforcement - non précisé - des consultations jeunes consommateurs et des structures destinées à venir en aide aux jeunes de 11 à 25 ans et à leurs familles, grâce aux « recettes de l'amende forfaitaire pour usage simple de stupéfiants »...

Concernant la nutrition, le plan annonce l'extension à partir de 2020 et sur la base du volontariat du logo « Nutri-Score » à la restauration collective et aux produits non emballés (céréales, gâteaux, bonbons, pain) mais ne reprend aucune des mesures proposées en novembre 2017 par le Haut Conseil à la Santé Publique.

Avant même de connaître les résultats définitifs d'une évaluation de l'expérimentation cet hiver dans deux régions pilotes (Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle-Aquitaine), le gouvernement annonce - sans surprise - la généralisation de la vaccination contre la grippe par des pharmaciens formés volontaires dès 2019.

Parmi les autres mesures phares, le SNJMG apprécie la prise en charge à 100 % avec possibilité de tiers payant intégral du dépistage du cancer du col utérin (seul dépistage aux résultats suffisamment robustes en termes de santé publique).

Enfin, le gouvernement a joint à la présentation de ce plan un rappel sur le **nouveau service sanitaire obligatoire** pour lequel 48.000 futurs médecins, sages-femmes ou infirmiers participeront au soutien de ces missions de prévention dès la rentrée 2018. A ce sujet, le SNJMG regrette que le gouvernement ait raté l'occasion de reconstruire **un service public efficient de santé scolaire** au sein duquel des étudiants en santé correctement formés, encadrés mais aussi indemnisés auraient pu intervenir dans des conditions optimales pour eux-mêmes et les enfants concernés.

Globalement, le SNJMG apprécie un pas dans la bonne direction (notamment en ce qui concerne le dépistage du cancer de col de l'utérus dont le SNJMG demande que le remboursement à 100 % concerne aussi bien la consultation médicale que l'examen anatomopathologique) mais déplore la timidité de ce pas (du moins dans sa présentation actuelle).

Contact presse : Sayaka OGUCHI, Présidente | 07 61 99 39 22 | president@snjmg.org

Dépistage du cancer du sein par mammographie : il faut donner une information de qualité aux femmes concernées !

09 avril 2018



Différentes organisations (Formindep, Cancer rose, UFC - Que choisir, Groupe Princesps) auxquelles s'est joint le médecin généraliste et blogueur, Dominique Dupagne, ont publié hier **une lettre ouverte** commune dénonçant la communication de l'Institut National du Cancer (INCa) sur le dépistage du cancer du sein par mammographie.

L'Agence a édité un **livret en septembre 2017**, puis a ouvert en début d'année 2018 un site d'information intitulé « **Prévention et dépistage du cancer du sein - Pour s'informer et décider** ».

Pour les auteurs de la lettre ouverte, l'analyse de ces deux supports d'information, selon un référentiel d'évaluation de la qualité des supports d'information médicale communément admis par la communauté scientifique, révèle que ni le livret ni le site ne répondent aux critères exigés pour une information médicale de qualité.

Le **Syndicat National des jeunes Médecins généralistes (SNJMG)** s'est déjà étonné de la non remise en question du dépistage du cancer du sein par mammographie lors de l'annonce du plan cancer en février 2014, il a **critiqué** sa

présence dans les items de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) des médecins généralistes et **il a regretté le dévoiement** des résultats de la concertation citoyenne qui lui a été consacré.

Les polémiques sur ce dépistage ont été au programme des deux dernières éditions des **Assises Nationales des Jeunes Médecins Généralistes** (rencontres nationales indépendantes des Jeunes MG en France) organisées par le SNJMG en 2017 et 2018.

C'est donc logiquement que le SNJMG manifeste ce jour son soutien à la demande, formulée par cette lettre ouverte, de révision de l'information du site et du livret de l'INCa sur le dépistage du cancer du sein par mammographie.

Contact presse :

Sayaka OGUCHI, Présidente | 07 61 99 39 22 | president@snjmg.org

Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : Nouvelles déconvenues pour une fausse bonne idée

27 avril 2018

*"Premiers résultats encourageants pour un dispositif profondément rénové pour tenir compte de l'évolution des connaissances et référentiels médicaux" : c'est le propos choisi par l'Assurance Maladie pour **annoncer les montants** versés cette semaine aux Médecins Généralistes dans le cadre de la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) - Adulte.*

Comme prévu (1), ces montants sont globalement à la baisse par rapport à l'année précédente malgré la mise en œuvre d'un coefficient correctif de 1.7 (2), économiquement sécurisant pour les médecins mais par nature antinomique avec une philosophie de rémunération à la performance...

Rappelons que la ROSP est depuis l'année 2012 la version conventionnelle "révisée" du Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) mis en place unilatéralement par l'Assurance Maladie en 2009 pour, officiellement, "accompagner les médecins traitants dans leur démarche d'amélioration de qualité des soins".

S'il n'a pas, pour l'instant, demandé la suppression de la ROSP (2), le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) émet régulièrement **des critiques tant sur le fond que sur la forme**, tout en défendant les intérêts des remplaçant(e)s - exclu(e)s de cette rémunération - et des jeunes installé(e)s - trop souvent lésé(e)s par les modalités d'application de celle-ci. C'est pourquoi, il s'est toujours opposé à la rémunération via la ROSP de nouvelles missions pour les médecins généralistes.

Malgré les améliorations apportées par la dernière convention (à commencer par la création, comme le demandait le SNJMG, d'un forfait "structure" distinct de la ROSP), le SNJMG constate, comme tous les médecins généralistes, la persistance de problèmes avec la ROSP et rappelle que toutes les études internationales sur le paiement à la performance s'avèrent pour le moins décevantes quand elles ne sont pas franchement négatives (3).

Afin de recueillir l'avis et les expériences pratiques des médecins généralistes - en commençant par les remplaçant(e)s, collaborateurs/collaboratrices et jeunes installé(e)s - le SNJMG, a mis en ligne depuis mercredi soir **son enquête annuelle 2018** sur la ROSP. Ce sera aussi une façon de vérifier **si comme le disait le directeur de l'UNCAM en 2016** : "La ROSP s'est définitivement installée dans le paysage conventionnel. Elle est devenue un levier d'amélioration des pratiques, reconnu par les médecins eux-mêmes ! Le principe de son existence ne fait donc plus débat".

Contact presse :

Sayaka OGUCHI, Présidente | 07 61 99 39 22 | president@snjmg.org

- (1) : Du fait de la suppression dans la nouvelle ROSP des critères globalement atteints dans la précédente ROSP et de la mise en place de nouveaux critères, il était logique d'anticiper un résultat global de moindre qualité entre la dernière année de la précédente convention et la première année de l'actuelle convention.
- (2) : Ce qui signifie que, sans la correction, la baisse globale aurait été de 60 % !
- (3) : Le SNJMG a démocratiquement pris acte de l'acceptation de la ROSP par la majorité de ses membres (à l'image de la profession dans son ensemble : seuls 3 % des MG ont exprimé leur refus de la ROSP).
- (4) : Dernier exemple en date : Charting a Path for Improving Performance Measurement (NEJM, 18 avril 2018).

Démographie médicale : le problème est mieux connu mais les solutions ne sont toujours pas adaptées !

05 mai 2018

La DREES, le service des statistiques du ministère de la Santé, a publié, jeudi 3 mai 2018, **une nouvelle étude** sur la démographie médicale en France : elle révèle que le pays compte environ 226.000 médecins en activité en 2018 (remplaçants et médecins en cumul emploi retraite inclus), soit 10.000 de plus qu'en 2012 (+4,5 %), mais le nombre total de médecins généralistes « stagne » (+0,7 %) et diminue même chez les libéraux (-2 %). En fait, la hausse du nombre de médecins est "essentiellement portée" par les médecins spécialistes (+7,8 %) et les salariés (+11,1 %).

Ces résultats n'étonnent pas le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG). Dans les années 1990, le SNJMG avait été parmi les premières organisations médicales à s'opposer aux experts et administratifs sur la "plétorrhée médicale" (1). Et en raison de sa spécificité de syndicat de Jeunes MG (internes, remplaçants et jeunes installés ou salariés), il avait alerté très tôt des évolutions de profils et d'aspirations chez les médecins (évolutions un peu plus marquées pour les généralistes que pour les autres spécialités) : féminisation, refus - tant chez les hommes que chez les femmes - du caractère sacerdotal de l'exercice, préférence pour le travail en équipe, intérêt grandissant pour le statut salarié...

Malheureusement, s'il a fallu attendre l'aube du nouveau siècle pour que les administratifs et experts admettent définitivement les insuffisances en matière d'offre de soins, le SNJMG s'inquiète que ni les administratifs ni les différents gouvernements n'ont jusqu'à présent pris la juste mesure des évolutions démographiques et sociologiques chez les médecins.

En effet, si l'étude de la DREES annonce une amélioration de la situation démographique (offre de soins plus fournie, féminisée et rajeunie) à partir de 2025, ceci n'est que le résultat de l'augmentation régulière du numerus clausus depuis une vingtaine d'année et de la fin à venir du départ

à la retraite des gros contingents de médecins formés dans les années 1970/1980 (30 % des médecins actuellement en exercice ont au moins 60 ans).

Si rien n'est fait pour résoudre les déperditions en cours et à la suite des études médicales (2) ni pour résoudre les crises traversées par l'exercice libéral et par certaines spécialités, dont la médecine générale (qui cumule les 2), le SNJMG craint que les projections quantitatives de la DREES soient au final pire qu'il n'y paraît.

Ainsi, le SNJMG rappelle (3) que les épreuves d'entrée en internat (ECN) confirment, années après années, les difficultés de la médecine générale (avec 406 étudiants de moins débutant l'internat de MG en 2017 par rapport à 2016) et le manque d'attractivité pour les internes de régions déjà en souffrance démographique (Limousin, Auvergne, Centre-Val de Loire, Lorraine... mais aussi l'unité urbaine de Paris).

Le SNJMG demande donc d'aller au-delà des mesures de second ordre (quand il ne s'agit de simples mesures "gadget") dont les responsables politiques se contentent et de poser les questions fondamentales : quels médecins veut le pays, pourquoi faire et dans quelles conditions d'exercice ? C'est sur cette thématique que le SNJMG intervient dans les discussions sur la transformation du système de santé en France.

(1) : Dans les années 1990, presque tout le monde évoquait le chiffre de 20 à 30 000 médecins de trop et des primes étaient offertes pour les médecins partant à la retraite dès 56 ans...

(2) : Au travers de son observatoire de la démographie médicale, le Conseil de l'Ordre des médecins a confirmé les alertes du SNJMG sur le nombre d'étudiants ayant passé avec succès le concours de première année mais ne finissant pas leurs études ainsi que sur le nombre de médecins thésés n'exerçant jamais la médecine.

(3) : Les spécialités médicales et les régions préférées des étudiants débutant leur internat en novembre 2017.

Réforme des études médicales : une occasion d'améliorer la formation en Médecine Générale

22 mai 2018

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) s'est créé en 1991 avec notamment comme objectif l'organisation d'un internat de Médecine Générale, à l'égal des autres internats de spécialités. Dans cet objectif, le SNJMG a été le représentant des étudiants en 3^e cycle de Médecine Générale dans le groupe de travail () qui a créé les stages ambulatoires de 2^e et 3^e cycle d'études médicales. A l'époque, le syndicat avait milité pour que le premier stage ambulatoire de 3^e cycle de Médecine Générale remplace l'un des 4 stages hospitaliers du 3^e cycle mais le lobby hospitalier avait réussi en 1997 à conserver ses 4 stages obligatoires, dont un en CHU (le stage ambulatoire venant se rajouter à ceux-ci).*

Au début des années 2010, les équipes dirigeantes du SNJMG, issues des Epreuves Classantes Nationales (ECN) et de l'Internat de Médecine Générale mis en place en 2004, ont défini les nouvelles propositions du syndicat en matière de formation initiale.

Le SNJMG a été ainsi le premier syndicat d'internes à se positionner en faveur d'un allongement à 4 ans du DES de Médecine Générale. Mais le SNJMG a immédiatement précisé que cet allongement de durée de l'internat devait avoir pour seul but l'optimisation de la formation et non l'augmentation à bon marché de la main d'œuvre disponible pour les terrains de stages (notamment hospitaliers).

Pour le SNJMG, ces 8 semestres d'internat devaient permettre :

- ⊗ De bénéficier de deux semestres minimum pour tous en Médecine générale ambulatoire.
- ⊗ D'approfondir des compétences selon le projet professionnel de l'interne.
- ⊗ De faciliter l'accès pour les internes en médecine générale à l'inter-CHU, à l'année-recherche et aux formations transversales à venir (FST).
- ⊗ De prolonger de deux ans le délai pour réaliser des remplacements non-thésés (double de la durée du DES).
- ⊗ De lever les dernières discriminations injustifiées entre la Médecine Générale et les autres spécialités.

Le SNJMG a ensuite développé ces propositions en précisant le contenu de cet allongement à

4 ans de l'internat de MG et en l'intégrant dans le cadre d'une réforme globale des études de médecine :

- ⊗ Réduction d'une année des deux premiers cycles des études médicales (de 6 à 5 ans).
- ⊗ Développement de la présence en consultations (par rapport à la présence en service) des internes de Médecine Générale effectuant un stage hospitalier.
- ⊗ Définition d'une nouvelle maquette du DES de MG, débarrassée de l'obligation d'un stage en CHU, avec 2 stages de Médecine Générale en ambulatoire, 1 stage d'Urgences et/ou SAMU et 3 stages - de préférence en ambulatoire - à choisir entre gynécologie et/ou pédiatrie, gériatrie et psychiatrie (laissant donc au maximum deux stages libres selon le projet professionnel de l'interne : FST, année recherche...).

Ces propositions venaient compléter les actions entreprises par le syndicat depuis les années 1990 pour promouvoir l'indépendance dans la formation médicale et pour améliorer la qualité des stages (hospitaliers et ambulatoires) proposés aux internes de Médecine Générale.

Le SNJMG constate qu'à la faveur des différentes consultations lancées par le gouvernement, les positions des autres syndicats d'internes évoluent et que se dessine enfin la perspective d'une position commune entre organisations d'internes et de médecins généralistes (notamment d'enseignants).

Le SNJMG s'engage donc dans une période de concertation en vue de trouver une proposition consensuelle en conformité avec l'esprit des propositions qui sont sa raison d'être.

Contact presse : Sayaka OGUCHI, Présidente | 07 61 99 39 22 | president@snjmg.org

(*) : Le groupe de travail de 1994 à 1995 réunissait : ANEMF, CNGE, SFMG et SNJMG



ANNONCES DE RECRUTEMENT



LA MAIRIE DE SAINT-DENIS – 110 000 habitants - (93200)

RECRUTE UN MÉDECIN DU TRAVAIL CES OU DES OU TITRE RECONNU ÉQUIVALENT

Référence : 18-0222 SNJMG

La ville de Saint-Denis est engagée depuis plusieurs années dans des démarches de prévention des risques professionnels et le maintien dans l'emploi construites avec les partenaires institutionnels FNP, CIG, FIPHP.

Ainsi, la ville a privilégié la création d'un service Prévention, santé au travail et actions sociales placé sous la responsabilité d'une Cheffe de service et regroupant 3 pôles aux compétences pluridisciplinaires :

Pôle prévention : gestionnaires Accident du travail/Maladie professionnels, Conseiller et technicien prévention.

Pôle médecine professionnelle et préventive (MPP) : secrétaire MPP, médecin du travail, infirmier de prévention, psychologue du travail, référente handicap.

Pôle social et actions sociales : gestionnaires de prestations sociales, assistance sociale, secrétaire référente administrative et sociale.

L'équipe du pôle de médecine professionnelle est regroupée au sein d'un même bâtiment. Le médecin bénéficie d'un espace de travail dédié composé de 2 cabinets médicaux (1 pour le médecin, 1 pour l'infirmier), d'une salle d'examen complètes dotée d'une cabine audiométrique, d'un visiotest...

Le médecin de prévention participe, en lien avec les professionnels du service prévention et les directions, à la mise en œuvre de la politique de prévention des risques actualisée en 2017 et reposant sur les fondamentaux suivants :

Les principes de prévention déclinés selon des mesures Techniques (matériels de

travail...), Organisationnelles (Répartition des missions...) et Humaines (Formations des ressources...).

Des valeurs essentielles reposant notamment sur le respect des personnes et le dialogue social.

Et de bonnes pratiques : intégration de la santé et de la sécurité dans toutes les démarches (achat, étude, etc.), l'engagement de l'autorité territoriale, de l'encadrement et des agents, un principe fondateur d'amélioration continue reposant sur les situations réelles de travail et les exigences d'évolution du service public.

Pour se faire, le médecin du travail est chargé :

De la surveillance médicale des agents.

Des actions sur le milieu professionnel.

Du pilotage du protocole ESTI (entretien infirmier en santé au travail).

De participer à la démarche de prévention des risques, depuis l'élaboration du document unique à la validation du plan pluri-annual de prévention en lien avec les acteurs du service prévention.

De rédiger et présenter le rapport annuel d'activité du pôle de Médecine professionnelle et préventive au Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail. Le médecin de prévention est membre de droit de cette instance.

De contribuer aux travaux de la commission CHSCT sur la Prévention des addictions.

De superviser les campagnes de vaccination.

Profil du candidat :

Recrutement fonctionnaire ou par contrat

Spécialisation en médecine du Travail (CES ou DES ou titre reconnu équivalent)

La ville propose également d'accueillir un médecin diplômé désireux de suivre 1 formation qualifiante

Profil du candidat :

Recrutement fonctionnaire ou par contrat
Spécialisation en médecine du Travail (CES ou DES ou titre reconnu équivalent).

La ville propose également d'accueillir un médecin diplômé désireux de suivre 1 formation qualifiante.

Conditions d'exercice :

37h30 hebdomadaire du lundi au vendredi
Par an : 28 jours de congés, 16 jours de RTT, 4 jours supplémentaires accordés par la municipalité.
Poste à pourvoir sans délai.

Adresser lettre de motivation et CV en rappelant les références de l'offre (18-0222 SNJMG) à :

Monsieur le Maire BP 265 - 93205 Saint-Denis cedex
Ou
rh.recrutement@ville-saint-denis.fr



E P I N A Y - S U R - S E I N E

Ouverture en septembre 2018

D'une surface de 440 m² sur deux étages, l'Espace Santé Simone Veil répond aux exigences des Etablissements Recevant du Public (ERP) et de l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite.

Il comprend :

- Des cabinets de 25m² environ avec des rangements optimisés dont 5 dédiés à la médecine générale ;
- Un espace secrétariat pour l'accueil des patients et la prise de rendez-vous ;
- Une salle d'attente en RDC et des espaces d'attente en R+1 ;
- Une salle de réunion et de détente.

Chaque cabinet est proposé avec :

- Des locaux sécurisés ;
 - Un service de ménage quotidien dans les espaces communs et les cabinets médicaux ;
 - La gestion des fluides et l'entretien des installations techniques du bâtiment.
- Chaque cabinet est équipé d'un point d'eau, de placards, d'un poste de vidéo-interphone, d'un variateur de lumière, d'une gestion individuelle de la température, de volets roulants et de mobilier (table, fauteuil, chaises, meuble-tiroirs).

La ville d'Épinay-sur-Seine assure, avec l'assistance d'un gestionnaire privé, le bon fonctionnement de la structure : nettoyage quotidien, travaux, maintenance, chauffage, conformité, sécurité, surveillance.

Situation géographique :

A 15 minutes de Paris, en bord de Seine, Epinay-sur-Seine est une ville du département de la Seine-Saint-Denis. Ville jeune et active, sa population dépasse les 55 000 habitants.

A proximité des autoroutes A15 et A86, la commune est desservie par les RN 14, 214, 310 et 328. Elle possède deux gares : à l'est, la gare d'Epinay-Villetaneuse (Transilien H) et à l'ouest, la gare d'Epinay-sur-Seine (RER C). La ville est également traversée par le tramway T8 la reliant aux Portes de Paris et le T11 express la reliant avec le Bourget.

La Ville est située en Zone Intervention Prioritaire et éligible aux aides à l'installation de l'ARS et de la CPAM : plus de renseignements sur www.iledefrance.paps.sante.fr, rubrique « Aides à l'installation et politiques de santé »

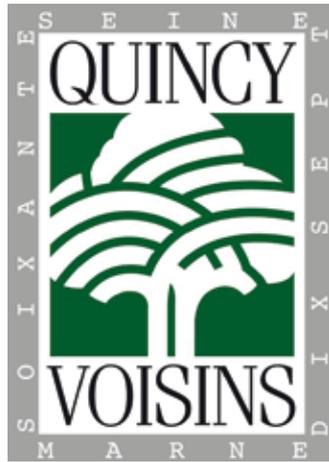


Contact

Ville d'Épinay-sur-seine - nadine.quere@epinay-sur-seine.fr

01 49 71 98 51 - 01 49 71 98 62





QUINCY-VOISINS, commune de 5 553 habitants à 45 km de PARIS, à proximité de MEAUX et de sa gare SNCF et du parc DISNEYLAND par l'autoroute A4.

La Commune, dotée en commerces et en services de proximité,

Recherche pour son pôle santé pluridisciplinaire
MÉDECIN(S) GÉNÉRALISTE(S)
en activité libérale

Cabinets aménagés aux normes (PMR, ADHAP ...), parking à proximité.

Patientèle existante importante
(départ de deux médecins généralistes en retraite)

Pour toutes informations : Mairie de Quincy-Voissins :

Tél : 01.60.04.11.21 – @ : affairesgeneralesmairieqv@orange.fr / mairieqv@wanadoo.fr



INSTALLATION D'UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA COMMUNE DE CITRY

La commune de Citry, située à l'est de LA FERTE-SOUS-JOUARRE, voit sa population croître alors que l'accès à la médecine généraliste se complexifie en raison du départ des médecins qui partent à la retraite ou des cabinets médicaux des alentours surchargés.

Dans notre canton, La prise en charge médicale n'est pas aisée pour tous alors que la médecine française a une réputation d'excellence au plan européen. Nous faisons le pari qu'un jeune ou une jeune praticienne relèvera ce défi en venant exercer son métier à Citry. Tout s'y prête : un territoire en plein développement démographique, une qualité de vie certaine à proximité de grands centres urbains et la mise à disposition d'un logement au cœur du village.

Le logement de 60 m², constitué de deux chambres, d'une grande pièce, d'un sanitaire, d'une salle de bain et d'une petite cuisine est remis à neuf pour répondre aux attentes d'un médecin et de sa clientèle. Le cabinet sera équipé sur les conseils de professionnels et répondra aux nouvelles normes de l'accessibilité. Il sera demandé un loyer de 300 € mensuel et les charges en sus.

Pour répondre aux besoins de nos administrés, venez à CITRY développer votre expérience professionnelle au service des administrés du canton. Nous serons heureux de vous y accueillir. Veuillez contacter M. Thierry FLEISCHMAN, le maire.

Contact : 01 60 23 60 27 - mairie.citry@wanadoo.fr



LA COMMUNE DE PONT-RÉMY

(Hauts-de-France – Département de la Somme) en Baie de Somme
à proximité d'Abbeville et à 40 minutes d'Amiens

RECHERCHE

UN 2^{ÈME} MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Pour compléter l'équipe de sa maison de santé constituée d'un médecin généraliste, d'infirmiers, de kinésithérapeutes et de paramédicaux dans un immeuble entièrement rénové à côté de la pharmacie.

Ouverture prévue fin 2018

Renseignements en Mairie

03 22 27 12 07 - mairie.pont.remy@wanadoo.fr

ou auprès du Docteur Nicolas FONTAINE

03 22 27 10 04 - dr.nicolasfontaine@wanadoo.fr





VILLE D'ÉTRETAT (SEINE-MARITIME)

RECHERCHE 1 MÉDECIN POUR SEPTEMBRE 2018

POUR RENFORCER UNE ÉQUIPE DE PLUSIEURS MÉDECINS EXERÇANT EN TEMPS PARTAGÉ
DANS UN CABINET MÉDICAL RÉNOVÉ SITUÉ EN CENTRE-VILLE.



Pour accompagner l'installation de professionnels sur son bassin de vie de 5000 habitants, la municipalité d'ÉTRETAT met gracieusement le cabinet médical durant un an à la disposition d'un nouvel installé.

Le développement proposé du cabinet médical s'inscrit à terme dans un projet de Pôle de Santé Libéral (présence actuelle de pharmacie, infirmières, orthophoniste, psychologue, cabinet dentaire très actif...). Ce projet conforme aux attentes des jeunes médecins, soutenu par les acteurs de la santé du territoire, vise une organisation territoriale de l'offre de soins, en complémentarité avec les autres professionnels du secteur et du bassin de vie sur ce littoral du Pays de Caux.

Le zonage administratif du territoire de santé permet de bénéficier des dispositifs d'aide et d'accompagnement à l'installation. Une aide à la recherche de logement est prévue.

Fort de d'une tradition médicale de proximité, la station balnéaire est située dans un site touristique mondialement réputé satisfaisant aux attentes de familles résidentes : école maternelle et élémentaire (5 classes) ; tous commerces de proximité ; vie culturelle, associative et sportive développée (golf, tennis, activités nautiques, cinéma). Collèges, Lycée et université à proximité. Hôpitaux de référence et tous spécialistes dans un rayon de 30 km.

.....
Contacteur : 02 35 27 01 23 (Mairie d'ÉTRETAT) ou 06 80 88 08 62 - 06 31 59 16 11 (Cabinet Médical)



La commune de Frénoville, située dans le Calvados, à 5 minutes de l'agglomération caennaise, + 2000 habitants, a nouvellement créé une maison médicalisée comprenant 2 bureaux de médecins, 1 bureau d'infirmières, un hall d'accès et de distribution aménagé en salle d'attente, un local office et un équipement sanitaire. Le tout sur une surface de 90m² et avec son propre parking.

Cette maison est située à côté d'un cabinet de 3 orthophonistes en plein centre de la commune.

La commune est à la recherche de

2 médecins (H/F) et 2 infirmières (H/F)
exerçant en profession libérale.

Les conditions de mise à disposition ainsi que les modalités seront à négocier avec la Mairie de Frénoville

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez contacter la Mairie au 02 31 23 43 31
ou par mail à l'adresse suivante : secretariat-general@frenouville.com



Département du Jura
Commune de Longchaumois

La Commune de Longchaumois recherche son médecin généraliste

Longchaumois est une commune de 1200 habitants, située au cœur du Parc Naturel Régional du Haut Jura à 15 km de Morez Hauts de Bienne, 15 km de Saint-Claude, 65 km de Genève, 125 km de Besançon et 145 km de Lyon. Notre village bénéficie d'activités économiques, artisanales, commerçantes (dont une pharmacie) et associatives développées, c'est un village touristique qui offre une qualité de vie exceptionnelle : chemins de randonnées pédestres, VTT, pistes de ski nordique et alpin. Le bassin de vie comporte également les villages de La Mouille, Cinquétral et Lamoura.

Notre nouveau médecin généraliste pourra s'installer principalement dans le cabinet médical du village ou, s'il le souhaite, pourra mettre en place une collaboration avec les médecins de la maison de santé de Morez Hauts de Bienne située à 15 km.

PRENDRE CONTACT AVEC :
JEAN-GABRIEL NAST - MAIRE - 03 84 60 61 90 - mairie.longchaumois@wanadoo.fr



Commune de Mondavezan**Recherche un médecin généraliste**

en vue de la création d'une maison de santé. Infirmières, ostéopathes, kinésithérapeutes souhaitent également faire partie de cette future maison de santé.

Existe sur la commune une structure pour handicapés physiques adultes, structure en cours d'acquisition par la commune.

Mondavezan se situe à 50 kms de Toulouse (population de 1 000 habitants), 30 kms de Saint-Gaudens sur l'axe autoroutier Toulouse-Tarbes.

Cazères, Le Fousseret, Boussens, Martres Tolosane sont des communes importantes limitrophes de Mondavezan.

Possibilité de logement.

Contact :

Monsieur Le Maire Jacques GROS

mairie@mondavezan.fr - 05 61 97 24 64 - 06 48 24 67 07

**LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES**

900 lits et places, plateau technique incluant scanner et IRM, cardiologie interventionnelle et UNV est un établissement pivot du territoire de santé du Cher. La ville de Bourges (100 000 habitants) est idéalement située par autoroute et par train : 1h d'Orléans, 2h de Paris et 1h30 de Tours et Clermont-Ferrand.

NOUS RECHERCHONS H/F

**Praticien Hospitalier, Praticien contractuel, Assistant ou Praticien attaché
MEDECINS GENERALISTES**

Au sein de différents services :

Urgences, Unité post Urgences, Unité de Très Courte Durée, Gériatrie, Pôle de chirurgie, Cancérologie

Les candidatures et CV sont à adresser à : Direction des affaires médicales

marie.pintaux@ch-bourges.fr

Tél 02.48.48.48.66

www.ch-bourges.fr

ASDAL



**DAMPIERRE-EN-BURLY
OUZOUER-SUR-LOIRE**

**Deux communes mitoyennes en plein
développement (4300 habitants)**



Situées entre Loire et forêt d'Orléans

130 km de Paris - 50 km d'Orléans - 30 km de Montargis - 10 km de Gien

BASSIN D'EMPLOI DYNAMIQUE

Centre aquatique - Nombreuses installations sportives - Médiathèque - Centre aéré - Crèche
Cinéma - Tous commerces

RECHERCHENT

UN OU DEUX MÉDECINS SALARIÉS OU LIBÉRAUX

Accompagnement et intégration facilités par les médecins en place.

Possibilité de logement. Local professionnel disponible

Renseignement :

06 75 02 35 00 - 02 38 27 05 05



DEUX MEDECINS GENERALISTES



Maison de santé PLURIDISCIPLINAIRE TOTALEMENT RÉNOVÉE
Champagné - Ville périurbaine 4000 hab. en pleine croissance.
Dans l'agglomération de Le MANS (206 000 habitants) en PAYS DE LA LOIRE.

Recherche 2 médecins en prévision de départs à la retraite pour une installation avec les infirmières et des paramédicaux en plein cœur de ville. Présence d'un cabinet de kinésithérapeute à quelques pas.
Commune éligible aux AIDES À L'INSTALLATION « coup de pouce » au démarrage de l'activité.

Tous services de proximité, écoles, collège, pharmacie, banques, commerces, école de musique, transport urbain, gare, autoroute, ... et médiathèque en 2019. 38 associations, sportives et culturelles. Espaces boisés, bords de rivière, parc de loisirs, aires de jeux, ...

Maryline Toin - contact@ville-champagne.fr - 02 43 89 50 14



Ville
Périurbaine
Paris 1h10
Nantes-Rennes 1h30



GRENOBLE Centre, Médecins 7/7

RECHERCHE PLUSIEURS MÉDECINS GÉNÉRALISTES



Cabinet de Soins Non Programmés (double activité, gardes + médecine générale), travail d'équipe (toujours 3 à 4 médecins).

Conditions de travail confortables, personnel d'accueil, médecin déchargé de toutes tâches administratives. Activité et patientèle variée (idéal pour formation), « souplesse » du planning.

Plusieurs types de contrats proposés :

REMPLACEMENT LIBÉRAL (plusieurs formules intéressantes).

OU SALARIÉ (à partir de 6 000 Euros Brut pour un temps plein).

Proposition sur un weekend ou une semaine possibles, participation aux frais d'hébergement.

Contact : 06 22 83 62 60



LA COMMUNAUTÉ DE COMMUNES DU VAL DE LIGNE SITUÉE À LARGENTIÈRE (07110) EN ARDECHE DU SUD



RECHERCHE

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE



pour sa Maison de Santé Pluridisciplinaire, à compter du 1^{er} juillet 2018, suite au départ en retraite d'un Médecin - le Joindre au 06 87 53 15 02 (cession gratuite et loyer modéré).

Un logement de fonction est à disposition.

Actuellement, sur la Maison de Santé nous avons deux médecins généralistes, plusieurs cabinets d'infirmiers, deux chirurgiens-dentistes, une ophtalmologiste et des associations paramédicales.

La Maison de Santé comprend une salle de réunion, une tisanerie et une salle d'URGENCE.

36 av de la République - 07110 Largentière

Tél. : 04 75 89 28 35 - Fax : 04 75 36 95 85 - www.cc-valdeligne.fr - secretariat@cc-valdeligne.fr

Recherche médecin généraliste

Bonneville, commune de 13 000 habitants au cœur d'une communauté de communes dynamique de 26 000 habitants, est située entre Genève et Mont-Blanc, à proximité des stations de sports d'hiver de Haute-Savoie, proche de sites touristiques majeurs. La maison de santé prendra place au cœur de l'éco-quartier du château des Sires de Faucigny, situé en plein centre-ville à proximité d'une résidence senior, des commerces de proximité, des établissements scolaires et sites administratifs.

L'éco-quartier est à 5 min du Pôle d'Echange Multimodal, sera desservi par un arrêt de bus et est irrigué par des cheminements doux. Plus de 2000 places de stationnements dans le centre-ville permettent un accès aisé au site. Cette Maison médicale bénéficiera de bâtiments neufs et adaptés à la consultation et offrira d'excellentes conditions de travail aux médecins qui nous rejoindront !



Renseignements : Mairie de Bonneville - Services Techniques - 04 50 25 22 30 ou courrier@ville-bonneville.fr

www.bonneville.fr



Montluel

Montluel est une commune de 7200 habitants située à proximité immédiate de Lyon mais aussi à côté d'espaces naturels.

Elle possède plus de 70 associations sportives et culturelles, un pôle petite enfance, des possibilités de scolarisation, dans le privé et le public, des écoles maternelles au lycée.

Un pôle médical est en construction avec la possibilité de louer, acheter ou bien de faire une location accession des locaux professionnels.

N'hésitez pas à nous contacter !



Recherche de MG proximité Lyon

Contacts :

Par mail : recherche-medecins@ville-montluel.fr

Par voie postale : Mairie de Montluel - 85, avenue Pierre Cormorèche - 01120 Montluel

Site internet : www.ville-montluel.fr



La commune de Vinzier recherche **2 médecins généralistes**, pour remplacement de **2 départs en retraite**.

La commune est située sur un plateau (Plateau de Gavot), au cœur de la région du Chablais, entre Lac et montagne, proche de la frontière Suisse.

Stations de ski à proximité (Morzine/Avoriaz, Bernex, Thollon-les-Mémises, Chatel).

Région agricole, avec une activité économique (commerces, artisans, entreprises, etc.) et touristique intense.

La commune offre la possibilité de mettre à disposition des locaux, ainsi qu'une aide à l'installation.

Les locaux (rénovés en 2014) sont situés en rez-de-chaussée d'un immeuble situé au centre du village, avec accès aux personnes à mobilité réduite, parking.

Trois kinésithérapeutes et deux dentistes sont déjà implantés sur la commune.



Contact :

Le Maire **MARIE PIERRE GIRARD** - 04 50 73 61 19 - mairie@vinzier.com



ST ESTEPHE

Commune viticole de 1680 habitants proche de Pauillac

Bassin de population de plus de 2500 habitants avec les communes avoisinantes



Cherche

Un Médecin Généraliste

Saint Estèphe se trouve en ZRR (Zone de revitalisation rurale).

Impôt sur le revenu : exonération de 100% pendant 5 ans puis exonération dégressive jusqu'à la neuvième année. Pas de taxe professionnelle. Exonération des cotisations sociales sur salaires des employés jusqu'à 1,5 fois le SMIC.

La commune possède un cabinet médical aux normes d'accessibilité.

La commune s'engage à faire les efforts nécessaires pour faciliter l'installation durable du praticien intéressé. Avantages matériels et financiers (prise en charge logement, cabinet médical, matériel médical et subventions de fonctionnement).



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



RECHERCHE MÉDECIN-S GÉNÉRALISTE-S SALARIÉ-S POUR DEUX CABINETS EN SECTEUR 1

À Vitry-le-François (Marne), à 180 km de Paris et 130 km de Nancy (13 000hs) > création d'activité.
À Troyes (Aube) 140 km de Paris, 130 km de Dijon (60 000 hs).

Exercice autonome de la pratique sous statut cadre sécurisant (CDI) au sein d'une équipe pluriprofessionnelle composée de médecins généralistes, chirurgiens-dentistes et paramédicaux.

Rémunération composée d'un fixe et d'un variable, et prise en charge de la cotisation ordinale, de la RCP, de la formation continue (DPC).

Mise à disposition d'un secrétariat physique et d'un logiciel informatisé partagé (Crossway)

Postes à pourvoir dès que possible sous temps plein, temps partiel, ou vacations : tout est à étudier !

Des hôpitaux avec service d'urgence sont implantés à proximité des centres de santé, ainsi que des établissements pour les études primaires et secondaires.

Contact : Marielle TRABANT | 07 62 27 27 13 | mtrabant@utrca.fr



La jolie Commune de CENTURI dans le Cap Corse serait désireuse d'accueillir sur son territoire

un médecin généraliste

La municipalité offre un appartement entièrement aménagé pour le cabinet MÉDICAL.

Contacter

**La Mairie de CENTURI - Le port - 20238 CENTURI
ou par mail : mairie-de-centuri@wanadoo.fr**



MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Charmant village provençal de moins de 1000 habitants situé aux portes du Luberon et des Gorges du Verdon, au Nord Est du département des Bouches-du-Rhône et limitrophe aux 3 autres départements (04, 83 et 84). Cadre de vie idéal pour les amoureux de la nature avec ses merveilleux sites provençaux.

Une position géographique privilégiée : Situé à 30 km d'Aix en Provence, 60 km de Marseille, 25 km de Manosque. Desservi par l'A51 (une entrée-sortie de l'autoroute se situe sur la Commune, à 3 km du centre bourg).

Une situation économique propice : Sur la commune, 2 zones d'activité économique avec plus de 80 entreprises, le Centre d'Etudes Nucléaires de Cadarache et le projet international ITER accueillent environ 9 000 personnes. Cette situation économique lui vaut d'être un village très bien doté en infrastructure de desserte, équipements publics et offre de service avec pour exemple 13 points de restauration dans le village représentant plus de 300 couverts le midi.

La Commune de Saint-Paul-Lez-Durance recherche un Médecin Généraliste le plus rapidement possible pour professer au sein de son centre médical pluridisciplinaire dans des locaux neufs climatisés et insonorisés (norme RT 2012) de 90 m².

Le médecin disposera d'un cabinet privatif et de locaux communs (salle d'attente, secrétariat mutualisés...) d'une surface de 40 m². Cette « maison de la santé » accueillera également une infirmière et un kinésithérapeute. Afin de faciliter l'installation du professionnel, la Commune pourra mettre à disposition gracieusement le local pendant les premiers mois. A l'issue, cette installation sera contractualisée par la signature d'un bail professionnel avec la Mairie pour un loyer très attractif à convenir entre les 2 parties. Possibilité également d'un logement municipal.

Actuellement, plus de médecin exerçant sur la Commune et les confrères voisins n'acceptent plus de nouveaux patients. La population est demandeuse d'un nouveau médecin. Et les milliers d'actifs sur la Commune pourront ainsi se voir proposer une offre médicale complète, en conformité avec la demande et aux besoins existants et grandissants (c'est déjà le cas au niveau du cabinet dentaire installé sur le village au cours de ces 5 dernières années).

Sur la Commune

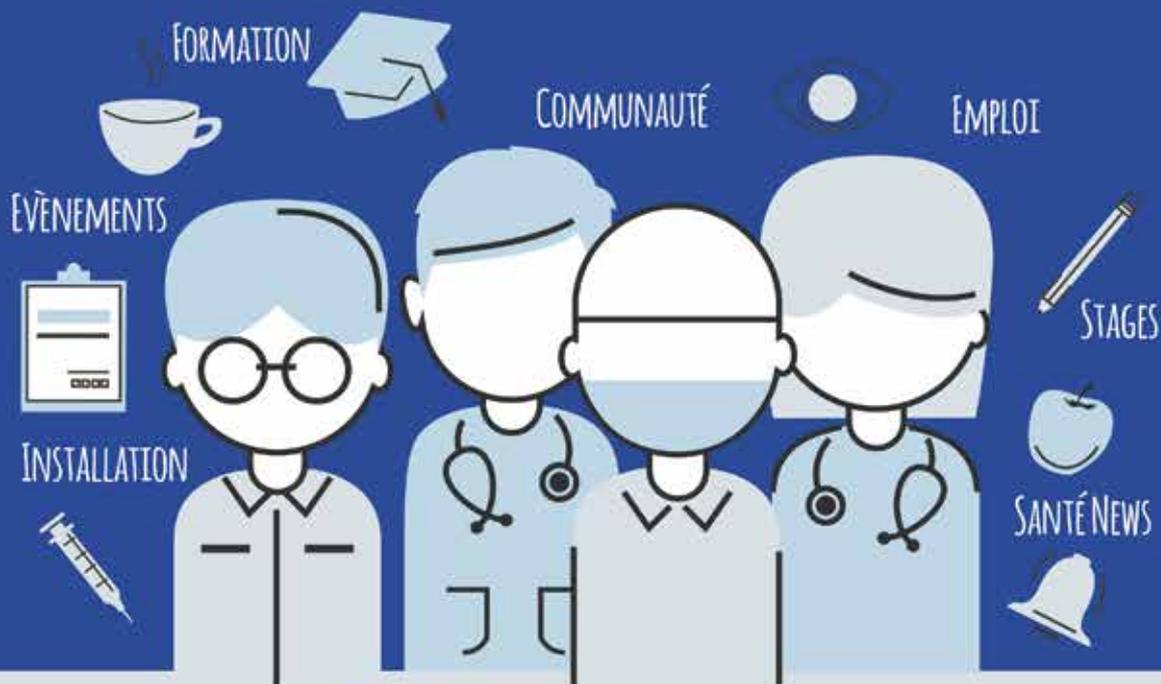
- 2 infirmières libérales, 1 kinésithérapeute, 1 ostéopathe, 1 dentiste.
- Groupe scolaire (110 élèves de maternelle, primaire), Restaurant scolaire, garderie, centre aéré.
- Parc de loisirs aménagé avec jeux d'enfants, tennis, citystade, parcours de santé, etc.
- Poste.
- Bibliothèque.
- Commerces de proximité, artisans, nombreux restaurants, traiteurs.
- Diverses associations.

Aux alentours

- Collège public à 12 km (desservi par bus), collège privé à 15 km.
- Lycées, école internationale à 20 km.
- Entrée/sortie d'autoroute à 3 km (CEA/ITER).
- Mer à 1 h, lacs à ½ heure, station de ski à 1h30.



Contact : Valérie SCHENA - MAIRIE DE ST PAUL LEZ DURANCE - Tél. : 04 42 57 40 56



Réseau PRO Santé

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



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE



☎ 01 53 09 90 05

✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode





Se former autrement

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



Formation accessible
en ligne h24, réalisable
à votre rythme



Médecin formateur
disponible en ligne
pour échanger



Des sessions
tous les mois



Prise en charge
Automatique
& Sans avance

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

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

