

JEUNE MG

Le Bulletin des Jeunes Médecins Généralistes | N°02 - Nov 2011



■ ACTUALITES

- L'internat en médecine générale à Brest : on s'interroge
- Coactis Santé : être acteur du changement de la médecine de ville

■ VIE PROFESSIONNELLE

- Des thèses qui retiennent l'attention...
- Rougeole : rattrapage de vaccination pour les jeunes adultes
- Etude PROSPERE, qu'en est-il ?
- Correspondance : Jeune médecin et déjà désabusé ?

■ PERSPECTIVES

- Communiqué de Presse : Les communiqués de la rentrée
- Dynamique syndicale : « Un accord à près de 400 millions d'euros »

■ QUESTIONS-REponses

- Responsabilité professionnelle : à qui la faute ?

■ EDITORIALP 03
■ ACTUALITESP 04/06
Université – internat L'internat en médecine générale à Brest : on s'interroge	
Remplacement – installation Coactis Santé : être acteur du changement de la médecine de ville	
■ VIE PROFESSIONNELLEP 07/11
Recherche en Médecine Générale Des thèses qui retiennent l'attention...	
Thérapeutique Rougeole : rattrapage de vaccination pour les jeunes adultes	
Enseignement – Formation Etude PROSPERE, qu'en est-il ?	
Correspondance - Discussions Jeune médecin et déjà désabusé ?	
■ PERSPECTIVESP 12/16
Communiqué de Presse Les communiqués de la rentrée	
Dynamique syndicale « Un accord à près de 400 millions d'euros »	
■ QUESTIONS-REPONSESP 17/21
Responsabilité professionnelle A qui la faute ?	
■ ANNONCES RECRUTEMENTP 22/27

Directrice de publication et rédactrice en chef :

Marine Guilluy

N°ISSN : 1243-3403

N° de commission paritaire : 74148

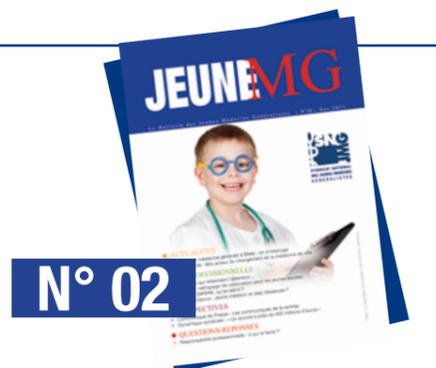
Régie publicitaire :

Macéo édition, M. Kamel TABTAB, Directeur

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

maceoeditions@gmail.com

Imprimé à 1600 exemplaires. Maquette et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.



ECN 2011 : 3 tentatives pour passer la LCA ?!

Le 1 juin 2011 au matin, les « Epreuves Nationales Classantes » (ENC) pour l'entrée en internat de médecine devaient se terminer par l'épreuve de Lecture Critique d'Article (LCA).



Malgré deux tentatives, cette épreuve n'a jamais eu lieu ce mercredi...

Avant de ramasser les copies à midi, l'épreuve était annulée pour cause d'erreurs dans l'énoncé du sujet, et reportée à l'après-midi même.

Mais, suite à des problèmes d'intendance, l'épreuve était retardée dans certains centres d'examen alors que les sujets étaient distribués dans d'autres... et diffusés sur le net...

Le jury ayant décidé d'annuler la LCA à 2 reprises, les étudiants en médecine faisaient connaître leur volonté de voir cette épreuve « neutralisée » dans le calcul de la note des ECN : [une manifestation était même organisée le vendredi 3 juin devant le ministère de la Santé.](#)

Pendant ce temps, l'ANEMF (Association Nationale des Etudiants en Médecine de France), discutait d'une sortie de crise avec le ministère de la Santé et interrogeait des avocats sur les problèmes juridiques soulevés par cette situation.

Le SNJMG, qui regroupe des internes, des remplaçants et des jeunes installés en Médecine Générale, a relaté tous les événements en direct sur internet et a rapidement affiché [sa solidarité avec les étudiants.](#)

Au-delà de cette prise de position, le SNJMG a également procédé à sa propre recherche juridique.

Le samedi 4 juin au matin, le SNJMG informait l'ANEMF (via *Twitter*) que ses recherches aboutissaient aux mêmes conclusions que celles obtenues par l'ANEMF auprès de ses avocats : la solution juridiquement la moins risquée était la tenue rapide d'une nouvelle épreuve de LCA.

A midi, le 4 juin, le ministère de la Santé annonçait la nouvelle tenue d'une épreuve de LCA le 14 juin entre 14 et 17h...

Une fois la date retenue, l'ANEMF a négocié le 6 juin avec le ministère de la santé [des conditions d'encadrement pour l'organisation de l'épreuve...](#)

Finalement, le 14 juin 2011, la LCA s'est bien déroulée sans encombre mais avec un folklore carabin de bon aloi...

Alexandre Husson
Président du SNJMG



UNIVERSITÉ – INTERNAT

L'internat en médecine générale à Brest : on s'interroge

Brest est une des 5 facultés de médecine du Grand Ouest avec Angers, Nantes, Rennes et Tours.

L'internat, qui depuis 2004 remplace le résidanat, n'a en rien modifié l'enseignement de la médecine générale à Brest. Nous sommes trop loin des ministères pour que les réformes puissent s'appliquer.

Avant, les résidents choisissaient leurs postes de stage à l'hôpital par leur rang de classement local au CSCT (examen de fin DCEM4). Aujourd'hui les internes choisissent d'après le classement national de l'ECN. Les postes de stages mis au choix pour les internes sont, comme auparavant, choisis par le DUMG (département universitaire de médecine générale) de Brest.

Nous avons des services de pointe au CHU et même dans certains périphériques qui sont très demandeurs d'internes en médecine générale tels la cancérologie, la pédiatrie, la cardiologie, la dermatologie... Mais on préfère nous envoyer en périphérique dans des services moins pointus, soi-disant mieux adaptés à l'enseignement de la médecine générale.

Pourtant le cancer est une pathologie fréquente, l'HTA aussi... La cancérologie et la cardiologie n'ont-elles aucune place alors dans la formation des futurs médecins généralistes ?

On semble nous prédire un exercice libéral à pathologie fonctionnelle majoritaire sans pour autant nous fournir les outils nécessaires à sa prise en charge.

Par exemple, on nous impose de choisir entre un stage de pédiatrie et un stage de gynécologie : il n'est pas possible de faire les deux.

En périphérique dans les services de médecine, on traite en majorité les pathologies dues au vieillissement avec un âge moyen proche de 70 ans.

Certains de nos services d'urgences en périphérique ne peuvent prendre en charge les pathologies lourdes du fait de leur compétence limitée.

La formation des internes devrait pourtant être la même partout en France et être adaptée à l'exercice de la médecine générale, où l'on ne traite quand même pas que la constipation du patient âgé !

Si nous étions mieux formés nous serions moins dépendants de la publicité des laboratoires.

Un seul stage est autorisé au CHU sauf pour les derniers internes à choisir, si tous les postes du CHU n'ont pas été pris... En gros pour « boucher » les trous où les services ont besoin de main d'œuvre plus qu'une envie de réellement et convenablement former des futurs médecins généralistes.

Il n'y a pas d'inadéquation. Nous sommes de 40 à 70 internes maximum par année et il n'y a que 1 ou 2 postes supplémentaires aux choix. Pourtant, on peut être le dernier interne classé à Brest (en ayant choisi le dernier poste brestois disponible) alors qu'après nous il y avait encore 400 internes aux choix de postes à l'ECN !

De plus, ici, la liberté syndicale n'existe pas. Le DUMG ne tolère uniquement que les représentants de l'association locale MIG 29 affiliée à l'ISNAR.

Ces représentants participent également en tant qu'enseignants aux séminaires de formation

des internes avec pour contrepartie des points comptabilisés pour la validation du DES... Une collaboration étroite qui nous pousse à nous interroger sur les négociations des postes de stage et les influences sur le reste du fonctionnement de la formation des IMG sur place.

On est loin de l'enseignement de la Médecine Générale des facultés d'Ile de France !

Le choix de la ville d'internat étant définitif on ne peut aujourd'hui conseiller aux nouveaux Internes le choix de Brest... Mais on compte bien faire évoluer la situation avec le SNJMG. Effectivement, comment conseiller à un jeune interne d'aller se former à Brest s'il ne peut y trouver une formation adéquate à son futur exercice et une considération favorable de la part de son département universitaire ?

Ida Marina LANZI
IMG à Brest



Choix des stages à Brest : les Internes de l'ISNAR et le personnel de l'ARS sur l'estrade face aux représentants du DUMG, des administrations du CHU et des périphériques, et au-dessus les IMG.

REMPACEMENT – INSTALLATION

Etre acteur du changement de la médecine de ville

Focus sur l'association « Coactis Santé » qui propose des solutions d'installation pour les professionnels de santé

L'association Coactis Santé est née d'une réflexion sur l'avenir de la médecine de ville menée pendant plus d'un an par Prune Nercy, Catherine Franc et Pauline d'Orgeval, 3 entrepreneurs, HEC de formation, qui avaient envie d'entreprendre « autrement » et de mettre leurs compétences de manager/gestionnaire au service d'un sujet d'intérêt général. Et très vite, elles se sont focalisées sur la réorganisation de la médecine de ville et les attentes des jeunes professionnels de santé.

Le constat qu'elles font est simple et bien connu de nous tous : face à la charge de travail, à la lourdeur de la paperasserie administrative et devant la complexité croissante des pathologies longues durées, les médecins plébiscitent de plus en plus un exercice regroupé et ils sont soutenus

par les pouvoirs publics. Les choix d'installation des jeunes professionnels de santé sont d'autant plus importants qu'ils interviennent désormais dans un contexte de pénurie médicale.

A l'heure actuelle, trois possibilités existent en médecine de ville pour s'installer en exercice regroupé : **le centre de santé** (au sein duquel les professionnels de santé sont salariés et qui est forcément géré par un organisme non lucratif), **la maison de santé** (au sein de laquelle les professionnels de santé sont libéraux et qui est gérée par les professionnels eux-mêmes dans le cadre d'une association, d'une SEL, d'une SCM et pour laquelle le nouveau statut de SISA est en cours d'élaboration) et le **pôle de santé** (qui regroupe plusieurs professionnels de santé dans

une volonté de coordination des missions, de partage de données et de moyens... sans qu'il n'y ait pour autant de regroupement physique dans une même structure).

Coactis Santé a l'intention de travailler autour de ces différents types de structures :

- En étant « prestataire de services » pour les maisons et pôles de santé. Coactis Santé a ainsi développé une offre pour accompagner les professionnels de santé sur l'ensemble des phases de création et de développement : diagnostic territorial, business plan, structuration du financement puis ensuite gestion de la maison ou du pôle de santé (recrutement des administratifs, comptabilité, fiche de paye, etc.).

- En étant acteur et opérationnel par la création et le déploiement de ses propres centres de santé « nouvelles générations ».

Au cours de plusieurs mois de travail, Coactis Santé a en effet acquis plusieurs convictions :

- > Les missions inhérentes aux centres de santé, à savoir l'accès aux soins pour tous, la coordination des soins et la prévention, sont des missions de santé publique très actuelles, que l'on retrouve d'ailleurs dans le cahier des charges pour les maisons de santé.

- > Les centres de santé, gérés de façon saine, sont équilibrés d'un point de vue financier et sont donc une solution à développer dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé. Les ressources des centres proviennent des actes (pratique des tarifs secteur 1 et du tiers payant) mais aussi de forfaits existants et pérennes qui permettent de rémunérer des missions habituellement non financées (coordination). Coactis souhaite que les professionnels de santé soient impliqués dans la vie et la pérennité du centre et pour cela, qu'ils réalisent un nombre suffisant de vacations s'ils ne sont pas à temps plein. Les professionnels de santé sont rémunérés au

pourcentage de l'acte et leurs salaires, pro-rata temporis, sont compétitifs par rapport aux BNC des libéraux secteur 1 d'autant plus que le centre offre une visibilité immédiate, non négligeable lors de la première installation. La gestion saine du centre consiste, par ailleurs, en une maîtrise du nombre d'administratifs, la réalisation d'investissements stratégiques et le suivi régulier des différents postes de coûts.

- > Le centre de santé « nouvelle génération », organisé autour du premier recours, avec des spécialités répondant aux besoins locaux et des équipements de pointe, et en mettant en place des partenariats réels avec les hôpitaux et le monde médico-social qui l'entoure, va devenir dans les prochaines années un mode d'exercice très attractif pour les professionnels de santé. Ce qui sera d'autant plus vrai avec la demande croissante de salariat des jeunes professionnels et la féminisation de la médecine.

Où en sont-ils ?

Coactis Santé cherche à ouvrir un centre de santé « pilote » et pour cela prospecte activement des locaux dans le Nord-Est parisien (18, 19 ou 20^{ème} arrondissement) où les besoins sont importants.

Une vraie réflexion est en cours avec des professionnels de santé et les associations de parents autour de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

Coactis Santé lance un appel à candidature et propose aux médecins intéressés, convaincus que les professionnels de santé doivent écrire et participer activement au projet de santé et que le couple professionnels de santé / gestionnaires a du sens, de rejoindre dès maintenant ses équipes pour ouvrir ensemble les premiers centres « nouvelle génération » et être acteurs de la réorganisation des soins de ville.

Avis aux amateurs !

Site www.coactis-sante.fr (en cours de création)

Contact@coactis-sante.fr

Ou 06 84 99 91 73

RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Evaluation du sevrage ambulatoire chez les patients dépendants à l'alcool

Thèse pour le doctorat en médecine

Ingrid MARCHAL-MANGEOT – mai 2011

Etude quantitative et qualitative d'un échantillon de 83 patients pris en charge en médecine générale.

Introduction : Parmi les prises en charge proposées aux patients dépendants de l'alcool, les protocoles de soins ambulatoires sont promus depuis quelques années et souhaités par les patients. Devant le peu d'études existantes sur ce type de prise en charge, nous avons souhaité évaluer les résultats qu'obtiennent les médecins lors des sevrages ambulatoires.

Objectif : Evaluer le sevrage ambulatoire chez les patients dépendant de l'alcool et connaître le ressenti des patients sur ce type de soins.

Méthode : Notre étude a comporté deux volets : d'une part, une étude descriptive rétrospective de 83 dossiers médicaux de patients alcoolodépendants de 2000 à 2010 et d'autre part, la réalisation de 40 entretiens individuels auprès des patients inclus dans l'étude.

Résultats : Parmi les patients inclus dans l'étude, la durée d'abstinence moyenne était de 6 mois. Un an après le début de la cure ambulatoire, près d'un tiers des patients était abstinente. Les entretiens nous révèlent que les éléments les plus appréciés par les patients ont été l'écoute,

le soutien, l'encadrement et la régularité du suivi. La discrétion permise par ces soins ambulatoires ainsi que le maintien dans la vie professionnelle, familiale et sociale ont été également décrits comme des points forts. Cependant, certains patients ont ressenti des difficultés lors de ces soins : difficultés liées au maintien de la détermination, difficultés liées au manque d'encadrement par rapport aux soins hospitaliers.

Discussion : Ce travail a ainsi contribué à montrer que le sevrage ambulatoire réalisé par les médecins généralistes permet d'obtenir des résultats corrects et similaires à ceux des soins hospitaliers. Ce type de soins semble également être une forme de prise en charge appréciée par les patients dépendants de l'alcool.

La notion de risque lié à l'incertitude diagnostique en médecine de premier recours

Damien JOUTEAU – mai 2011

Proposition de définition et finalisation d'une méthode pratique permettant d'élaborer une liste des dangers inhérents à chaque Résultat de Consultation du DRC® de la Société Française de Médecine Générale
Thèse soutenue le 20 mai 2011 à Poitiers sous la direction de Pierre FERRU

Introduction : Le médecin assurant les soins de premier recours doit prendre des décisions dans un délai court et avec des moyens diagnostiques limités générant un risque pour le patient. Le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC) de la société française de médecine générale, développé à partir des travaux théoriques novateurs de R.N. Braun, est un outil permettant de gérer l'incertitude diagnostique du praticien.



Objectif : Proposer une définition du risque dans le DRC et une méthode permettant de créer une liste d'événements à redouter utile au praticien afin de gérer ce risque.

Méthode : Organisée en deux parties, nous avons réalisé une revue de la littérature et des entretiens d'experts, puis mis au point des critères et un moyen de calcul pour élaborer les listes de risques. L'analyse des éléments bibliographiques et des entretiens des spécialistes dans le domaine chimique et industriel a été confrontée au précis d'utilisation du DRC ainsi qu'à de multiples entretiens avec les membres du secrétariat de DRC.

Résultats : La démarche du praticien à travers le DRC génère deux risques distincts qui se succèdent. Celui inhérent, dans 70% des cas, à l'incertitude diagnostique en fin de consultation et qui amène à relever la certitude clinique par le relevé du Résultat de consultation (RC). Puis celui de ne

pas évoquer par le praticien les Diagnostics Étiologiques Critiques (DEC) que ce RC peut suggérer et qui pourraient provoquer des dommages sur le patient. La production d'une liste de DEC pour chaque RC peut alors servir d'aide au médecin afin d'orienter sa démarche diagnostique et éviter l'apparition du second risque. La méthode d'évaluation des DEC se base d'un part sur des critères de gravité, d'urgence de prise en charge et de curabilité et d'autre part sur la vulnérabilité du patient et l'impact du DEC sur celui-ci.

Discussion : Ce travail original s'est appuyé sur le fonctionnement du DRC. La méthode d'évaluation créée se veut nécessairement subjective et n'a donc pas pour ambition d'atteindre le risque zéro. Elle permet de guider le praticien dans sa démarche diagnostique afin d'éviter les complications pour son patient. Le praticien se doit de rester vigilant et de ne pas la considérer comme un outil infaillible.

Retrouvez le détail de ces thèses sur le site de la SFMG : <http://www.sfmfg.org>

THERAPEUTIQUES

Rougeole : rattrapage de vaccination pour les jeunes adultes

Depuis 2008, une épidémie de rougeole sévit en France, amenant à compléter la vaccination de toutes les personnes nées après 1980 et certains professionnels non vaccinés, quel que soit leur âge.

Le calendrier vaccinal publié par le Haut conseil de la santé publique en 2011 comporte une modification notable concernant la vaccination contre la rougeole des adolescents et des jeunes adultes, pour tenir compte de l'évolution de la situation épidémiologique.

La circulation du virus a touché l'ensemble du territoire métropolitain, avec des foyers épidémiques importants en Midi-Pyrénées en 2010, et en Rhône-Alpes en mars 2011. 82 % des personnes atteintes n'avaient jamais été vaccinées contre la rougeole, et 13% avaient reçu une seule dose de vaccin. Selon 2 enquêtes par sondage réalisées en 2009, en l'absence d'antécédents

de rougeole, moins de la moitié des étudiants en santé des hôpitaux parisiens avaient reçu 2 doses de vaccins, et moins de la moitié des soignants des établissements de soins de France avaient reçu au moins une dose de vaccin.

Comme auparavant, le Haut comité continue de recommander qu'à l'âge de 24 mois tous les enfants aient reçu 2 doses de vaccin trivalent oreillons-rougeole-rubéole. Depuis 2005, un rattrapage vaccinal était recommandé pour toutes les personnes nées en 1992 ou après, de sorte qu'elles aient toutes reçu au total deux doses de vaccin trivalent.

En 2011, il est recommandé un rattrapage de vaccination chez toutes les personnes nées depuis 1980, de sorte qu'elles aient reçu au total 2 doses de vaccin trivalent oreillons-rougeole-rubéole, quels que soient leurs antécédents vis-à-vis de chacune des trois maladies.

Il est aussi recommandé d'administrer une dose de vaccin trivalent aux professionnels de santé et personnes en charge de la petite enfance nées avant 1980 non vaccinées et sans antécédent de rougeole.

Prévention autour d'un cas de rougeole : En cas de contact avec une personne ayant une rougeole, une vaccination dans les 72 heures suivant le contact est susceptible d'éviter la maladie aux

personnes potentiellement réceptives. En cas de contact proche, une dose de vaccin monovalent contre la rougeole est à administrer dans les 72 heures aux nourrissons âgés de 6 mois à 8 mois ; l'enfant recevra par la suite les 2 doses de vaccin trivalent selon le calendrier vaccinal général. Une première dose de vaccin trivalent est à administrer aux nourrissons âgés de 9 mois à 11mois non encore vaccinés, la vaccination étant ensuite complétée par une deuxième dose (1). Selon le HCSP, la vaccination est déconseillée pendant la grossesse en raison d'un risque tératogène théorique. Cependant, une vaccination par mégarde ne justifie pas une interruption médicale de grossesse (1).

Revue Prescrire - extrait du 1er octobre 2011

1 - Haut conseil de la santé publique « Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2011 selon l'avis du Haut conseil de la santé publique » BEH 2011 ; (10-11) : 101-119.

ENSEIGNEMENT – FORMATION

Etude en cours : Recherche sur l'organisation de soins de premier recours

Etude PROSPERE : qu'en est-il ?

PROSPERE est une équipe pluridisciplinaire de recherche sur les services de santé dont le thème central est d'accompagner la transformation du système de soins ambulatoires en produisant des connaissances sur la performance des organisations de soins de premier recours.

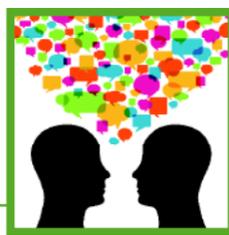
L'objectif à terme et le pari de l'équipe émergente PROSPERE est de renforcer les infrastructures permettant de développer la recherche en soins primaires et les capacités d'encadrement et de formation à la recherche dans ce domaine. L'équipe est constituée aujourd'hui de 13 chercheurs de disciplines diverses appartenant à trois entités distinctes et complémentaires (IRDES, SFMG et CERMES).

Ce projet, qui a été sélectionné comme équipe émergente dans le cadre de l'appel d'offres de l'IRES 2008, est financé pour 4 années par une

dotation de la CNAM et chacune des institutions partenaires. Quatre objectifs spécifiques guident ce programme de recherche sur 4 années, articulés plusieurs opérations de recherche :

1-Elaborer un cadre d'analyse des organisations de soins de premiers recours adapté au contexte français et évaluer les intérêts et limites des indicateurs de performance en premier recours.

2-Analyser les organisations des soins de premiers recours en mobilisant les concepts et méthodes de la microéconomie au travers de l'analyse des



incitations des offreurs, des méthodes de révélation des préférences des usagers et de l'évaluation médico-économique.

3-Analyser les dynamiques au sein des organisations des soins de premiers recours en mobilisant les concepts et méthodes de la sociologie. Nous analyserons notamment la redistribution des rôles, des compétences et responsabilités entre professionnels entre eux mais également avec les usagers dans une approche micro et macro du système de soins.

4-Construire un outil de recherche en soins ambulatoires en appariant des données médicales et des données de remboursement afin d'une part de tester des méthodes et des indicateurs d'analyse des organisations de soins de premiers recours et d'autre part, de constituer un échantillon témoin pour les travaux de recherche évaluative sur les organisations de soins.

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Partenariats/Prospere/index.htm>

CORRESPONDANCES – DISCUSSIONS

Réflexions diverses à partir d'une situation personnelle : lettre d'une adhérente

Je suis perdue. Médecin généraliste depuis 1999, j'ai débuté par deux ans de remplacements de « vacances » en région parisienne. Un départ en province m'a fait renouer très vite avec le milieu hospitalier : d'abord assistante généraliste durant 5 ans dans un petit hôpital de campagne, je passais PH à temps partiel dans un GHR après une petite excursion en PMI. J'en profite pour me former (DIU gynécologie, DIU tabacologie, conseil en phytothérapie...) et accumuler les expériences : pneumologie, cardiologie, pédiatrie, psychiatrie, adolescents...

Jusqu'à-là, tout va bien !

Mon mari (qui n'est pas médecin) est depuis janvier muté en région parisienne, à Meudon plus précisément. Très bien, pas de soucis ! Nous avons trois enfants, ils seront heureux et nous aussi !

Je cherche donc un poste... Et là, c'est le vide...

Les seuls postes disponibles en tant que praticien hospitalier sont des postes soit en grande banlieue (à plus d'une heure de Meudon), soit des postes de PH spécialistes (ou assistants), soit des postes en Seine-St Denis.

Pour les généralistes, il reste (sans même être sûre que le statut de PH soit respecté) : gériatres/coordonateurs/SSR, médecin DIM, médecin du travail, urgences, médecine territoriale.

Pour avoir fait de cette dernière (et avoir adoré ce métier), je sais que c'est très mal payé (environ 2000 à 2500 euros nets avec plus de 3000 km de déplacements par mois), et que mes dix ans de carrière hospitalière ne seront pas repris. Impossible en région parisienne du point de vue financier, impossible aussi pour ma future retraite (à laquelle je n'ose trop penser avec des postes instables et à temps partiel).

Je trouve quand même un poste d'assistante spécialiste. Une simple modification d'intitulé auprès de l'ARS pour transformer le poste en praticien généraliste est demandée : refusée.

Je monte un beau dossier de consultations de tabacologie et le présente à l'hôpital le plus proche : refusé malgré l'absence de consultations spécifiques dans le secteur (il y a des consultations d'addictologie plus centrées sur l'alcool et les toxiques « durs ») et l'intérêt des politiques pour le sujet. Je cherche à faire valoir mon expérience en pédopsychiatrie avec les ados : rien.

Je me tourne vers les laboratoires pharmaceutiques orientés phytothérapie : pas assez de connaissances en médecine douce pour eux.

Donc voilà, il me reste à tirer un trait sur tout ce que j'ai acquis jusqu'à présent, puisque rien ne me servira plus. Mais au fait, je suis médecin généraliste, non ? Ah... Oui... Sauf que... M'installer en MG est impossible financièrement parlant, et puis avec un mari qui « bouge », pas facile de se faire une patientèle !

M'installer comme tabacologue : il me manque 6 mois de validation PH pour le secteur 2 (et ce secteur existera-t-il encore ?). A savoir qu'une vraie Cs de tabaco dure 1 heure pour le premier entretien, puis 1/2 heure. Dur dur d'être payé 23 euros de l'heure dans ces conditions ! D'autant que pour remplir ma Cs, il me faudrait plusieurs lieux d'exercice. Mais pas plus de deux cabinets maximum (1 principal, 1 secondaire) ; sinon, ce n'est pas légal.

M'installer avec une spécialité de « médecine douce », comme j'en rêve depuis longtemps ? Oui, mais... Cette fois-ci, c'est ma formation qui bloque ! Ça ne pourra donc pas se faire avant 3-5 ans... Au mieux.

Que me reste-t-il ? Le choix n'est pas grand !

Des remplacements : avec 3 enfants, je suis déjà bloquée les mercredis et les vacances scolaires. Ça restreint donc plus de la moitié des offres. Restent les samedis, les gardes occasionnelles, les dimanches... C'est étonnant que personne n'en veuille ? Ben moi non plus, ou en tous cas, pas tout le temps ! Sans compter qu'il va me falloir réapprendre : la comptabilité, le fonctionnement de la carte vitale, la nomenclature des actes (qui elle, n'a pas dû changer beaucoup en 10 ans), l'histoire du médecin « traitant » référent que j'ai suivi de loin, les relations avec les administrations (n'y en a-t-il pas encore plus qu'avant ?) sans avoir la possibilité d'organiser mes horaires ou mon mode de travail.

Alors voilà, je suis perdue.

Je pensais avoir un métier intéressant, rempli de rencontres, de belles histoires, un métier reconnu par tous comme étant un métier noble, bien payé, utile aux autres, un métier de « terrain », de contact, de prévention, centré sur le bien-être, l'échange, l'éducation, l'élévation des esprits et la prise en charge des corps... Certes, avec quelques contraintes, essentiellement imposées par les patients et leur état de santé, mais bon...

Je me retrouve à 40 ans à sacrifier ma vie personnelle, familiale (enfants), et professionnelle pour une cause à laquelle je ne crois plus, car gangrenée par l'administration, les obligations de permanences des soins, les obligations de lieux d'exercice, les obligations financières, les obligations de qualité, les obligations de transmission... J'en oublie, évidemment !

Mais comment se fait-il que les jeunes médecins soient aussi désabusés de la médecine ?

Devinez !?

Dr LUTZ-BAVEREL
Médecin généraliste

Les communiqués de presse de la rentrée

Internat de médecine 2011 : des dérapages à ne pas renouveler !

La semaine dernière (*début septembre*), le SNJMG avait alerté sur les problèmes techniques rencontrés lors des choix de spécialités et de villes d'affectation pour les futurs internes de médecine de la promotion 2011. Rappelons que pour la première fois, cette procédure n'avait plus lieu à l'occasion d'un rassemblement national d'étudiants organisé en banlieue parisienne (« amphithéâtre de garnison ») mais via internet, sur un serveur sécurisé.

Le 18 mars 2011, le « Centre National de Gestion » (CNG) en charge des choix avait assuré aux étudiants que la procédure serait finalisée et testée pour juin.

Bien sûr, il était inconcevable d'attendre un fonctionnement parfait pour cette première mais les problèmes rencontrés dès le démarrage de la procédure étaient tels qu'ils imposaient des aménagements au scénario initialement prévu par le CNG.

Comme le proposaient l'ANEMF et le SNJMG, le CNG a révisé à la baisse le rythme de passage des étudiants tout en élargissant les horaires de choix (début et fin de journée) et en rallongeant la procédure de 3 journées supplémentaires.

L'objectif révisé de valider les choix de 700 étudiants par jour (initialement le CNG prévoyait 600 par demi-journée, ndlr) a pu être tenu en dépassant 20h00 (nouvelle heure officielle de clôture) tous les soirs : jeudi 15 septembre, cette procédure a même dû se poursuivre jusqu'à 22h30 !

Malgré ses vicissitudes, le CNG s'est donné lundi matin, l'objectif de faire passer 710 étudiants dans la journée. Le pari a été une fois de plus tenu mais la dernière validation de choix a eu lieu ce mardi matin 20 septembre à 01h15 !

Comment accepter que des étudiants en médecine se retrouvent dans la situation de faire leur choix de carrière professionnelle après des

dizaines de minutes (voire plus) d'attente stressante en plein milieu de la nuit ?!

Le SNJMG souhaite que tous les enseignements soient tirés des problèmes rencontrés lors de cette première mais invite dans l'immédiat les ministères concernés à faire un geste en direction d'étudiants déjà pénalisés par la double annulation d'une épreuve en juin.

Malgré le Médiateur, les collusions entre facultés de médecine et industrie pharmaceutique perdurent.

Ce 15 septembre 2011, le ministre de la Santé a assuré au micro de France Inter que désormais la formation continue des médecins allait être assurée par l'Etat. Cette annonce était attendue car lors de la présentation de son projet de réforme du médicament, le ministre était resté flou sur la question de la formation médicale.

Si le SNJMG apprécie cette annonce, il n'en est que plus déçu de l'absence de proposition concernant la formation médicale initiale. Pourtant, chacun connaît la forte présence des laboratoires pharmaceutiques auprès des étudiants et des internes de médecine.

Par exemple, Servier et Sanofi, organisent des cours privés de préparation aux ECN, épreuves d'entrée en troisième cycle d'études médicales (internat).

Mais cette intervention peut aller plus loin encore : jusqu'aux études universitaires elles-mêmes !

Ainsi, ce samedi, la fac de médecine de Bordeaux organise avec le laboratoire Sanofi une réunion pour les internes de médecine générale.

Cette réunion a lieu dans un amphithéâtre de la faculté et va même compter pour la validation du troisième cycle des internes. Mais pour y participer la faculté enjoint les internes de s'inscrire auprès des représentants du laboratoire Sanofi.

Le SNJMG attend que le ministre désavoue un tel procédé et décide de compléter son projet de loi pour mettre un terme à l'influence des laboratoires pharmaceutiques sur les étudiants et internes de médecine.

Réforme du médicament : le compte n'y est plus !

Le 1er août 2011, Mr Xavier Bertrand a présenté son projet de réforme du médicament. S'il avait apprécié la philosophie générale du projet, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG), qui rassemble internes, remplaçants et jeunes installés ou salariés en Médecine Générale, avait été déçu par un texte en retrait des recommandations des différents rapports officiels publiés à la suite de l'affaire du Médiateur.

Le 20 septembre 2011, le rejet en Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale de la plus grande partie des amendements proposés constitue un nouveau revers pour le projet de loi.

Certaines dispositions intéressantes du projet de loi perdent tout ou partie leur intérêt :

> Limitation de la transparence sur les avantages offerts par les firmes aux soignants (création d'une « franchise » de 150 euros, pas d'information personnelle sur les professionnels de santé acceptant les avantages de l'industrie pharmaceutique)

> Restriction de la transparence sur les prises de décisions de l'agence du médicament, confirmant la primauté de l'intérêt commercial avant la santé publique

> Abandon de toute comparaison obligatoire des nouveaux produits avec les traitements de référence

> Abandon de tout projet de recherche clinique indépendante

> Absence de tout projet d'expertise indépendante

Les derniers développements de l'affaire du Médiateur (mise à jour des relais politiques de Servier, reclassements de faveur pour les anciens responsables de l'AFSSAPS mis en cause dans les rapports officiels) et la démonstration des connivences entre HAS et industrie pharmaceutique dans la thèse de L.A. Delarue, prouve que l'industrie pharmaceutique n'a rien perdu de son pouvoir d'influence dans le système de santé français. Les députés se retrouvent donc dans la nécessité de faire preuve de courage politique et d'indépendance pour mettre ce projet de loi à la hauteur des besoins de santé publique.

Voici 10 jours, le SNJMG, seule organisation médicale « junior » indépendante de l'industrie pharmaceutique, alertait publiquement les ministres de la Santé et de l'Enseignement Supérieur sur le scandale que constituait la tenue le 17 septembre 2011 d'une formation d'internes de médecine générale « sous traitée » à Sanofi par la faculté de médecine de Bordeaux. A ce jour, les ministres concernés ne se sont toujours pas exprimés... Qui ne dit mot, consent.



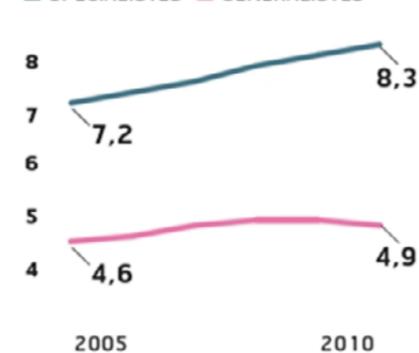
DYNAMIQUE SYNDICALE

On a lu dans le journal « Les Echos » les 20, 21 et 22 juillet 2011 :

Médecins : un accord à près de 400 millions d'euros

LES HONORAIRES DES MÉDECINS

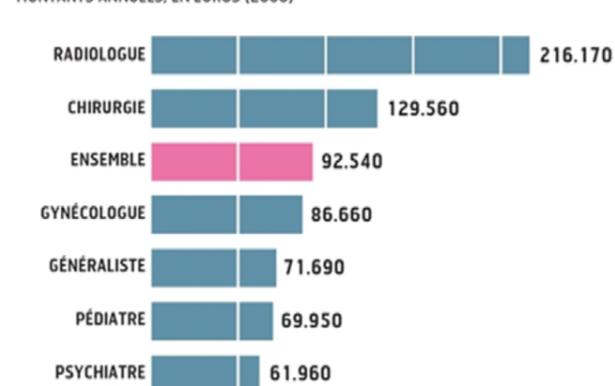
DÉPENSES REMBOURSÉES PAR L'ASSURANCE-MALADIE, EN MILLIARDS D'EUROS



IDÉ / SOURCE : DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

LE REVENU LIBÉRAL DES MÉDECINS

MONTANTS ANNUELS, EN EUROS (2008)



« LES ÉCHOS » / SOURCE : DREES

Après 18 heures de négociations, l'assurance-maladie et les trois plus grands syndicats de médecins libéraux (la CSMF, le SML et MG) ont signé dans la nuit de mercredi à jeudi un protocole d'accord sur une convention qui régira leurs relations pendant cinq ans. « C'est un accord historique avec trois signatures, qui va permettre de faire un pas de géant vers la modernisation de la médecine libérale. Il réunit les généralistes et les spécialistes et fera référence pendant longtemps », indique aux « Echos » le ministre de la Santé, Xavier Bertrand. Son coût sera limité à 90 millions d'euros en 2012 (hausse des tarifs de spécialistes), selon la CNAM. Nettement moins que les 250 millions déboursés cette année pour l'augmentation de un euro du tarif de la consultation. En revanche, la dépense supplémentaire atteindrait 360 à 380 millions en 2013, avec le versement des primes de performance et les incitations à s'installer dans les déserts médicaux. Une estimation faite sur la base

d'une adhésion assez forte des 45.000 généralistes au dispositif, et qui ne prend pas en compte les économies escomptées. « Je suis persuadé qu'il y aura un retour sur investissement, comme ce fut le cas en 2005 avec le médecin traitant, déclare Xavier Bertrand. Les médecins ne sont pas des chasseurs de prime. Tout cela va permettre d'améliorer la qualité des soins. »

Jusqu'à 9.100 euros de prime

La CNAM a lâché un peu de lest tard dans la nuit. Les médecins traitants pourront toucher une prime allant jusqu'à 9.100 euros par an, un peu plus que les 8.400 euros proposés au départ. Ils devront pour cela remplir des objectifs qui leur sont fixés pour l'organisation de leur cabinet, la vaccination, le dépistage des cancers, la prescription de génériques, etc. Pour toucher 9.100 euros, il faudra remplir à 100 % les 29 objectifs fixés pour quelque 800 patients (la patientèle moyenne d'un

généraliste), soit au maximum 11,40 euros par patient. En moyenne, la prime sera inférieure (beaucoup ne respecteront que certains objectifs). La prime sera versée à partir de 2013.

Le texte prévoit une trentaine d'indicateurs. Aucun d'entre eux n'est obligatoire. Chaque indicateur atteint permet d'acquiescer des points. Ils concernent d'abord l'organisation du cabinet. La tenue du dossier médical informatisé donne par exemple droit à 50 points. Une deuxième batterie de critères vise à améliorer le suivi des maladies chroniques. Un médecin dont au moins 80 % des patients diabétiques ont une glycémie inférieure à un certain seuil obtiendra 25 points. Troisième catégorie, la santé publique. Si les trois quarts de ses patients de plus de 65 ans sont vaccinés contre la grippe, le praticien gagne 20 points. Une dernière série d'objectifs vise à réduire les dépenses de médicaments. Prescrire au moins 70 % d'anticholestérols pour lesquels il existe un générique moins cher permet d'obtenir 60 points, etc. Combien rapportera chaque point ? C'était la grande inconnue jusqu'à présent, ce qui explique que les syndicats soient restés circonspects.

Rigueur budgétaire oblige, aucune dépense ne sera engagée avant 2013, car les primes seront calculées à partir des objectifs atteints en 2012. L'an prochain, seules quelques revalorisations sont prévues pour certains actes des psychiatres ou des pédiatres, dont les revenus sont très inférieurs à la moyenne. La CNAM est aussi prête à mieux rémunérer les visites à domicile pour les patients atteints de troubles neurologiques. « Ce ne sont que des miettes », critique Michel Chassang.

Des incitations à exercer dans les « déserts médicaux »

Les médecins exerçant dans les campagnes isolées ou les banlieues difficiles, où les praticiens manquent, bénéficieront d'aides, à condition de travailler dans un cabinet de groupe ou dans le cadre d'un pôle de santé. Ils recevront une aide

à l'investissement de 2.500 à 5.000 euros par an pendant trois ans, ainsi qu'une aide proportionnelle à leur activité, plafonnée à 10.000 ou 20.000 euros. D'autres incitations sont prévues pour ceux qui prêteront main-forte à leurs collègues des zones déficitaires au moins 28 jours par an (remplacements, etc.). Dans ce cas, la prime atteindra 10 % de l'activité réalisée dans le « désert médical », dans la limite de 20.000 euros.

Des hausses de tarifs pour certains spécialistes

La convention prévoit un relèvement de tarifs dès 2012 pour les spécialistes aux revenus les moins élevés : dermatologues, psychiatres, gynécologues, pédiatres.

Dépassements d'honoraires : rien n'est décidé

L'un des problèmes les plus aigus pour les patients n'est pas résolu, celui des dépassements de tarifs des médecins à honoraires libres. La CNAM et les médecins n'ont pas réussi à s'entendre avec les complémentaires santé sur les modalités d'une prise en charge de dépassements encadrés. Cette question est renvoyée à septembre. « L'objectif est de boucler enfin ce dossier, glisse Xavier Bertrand. J'y crois plus que jamais. »

Pour les patients, le changement sera presque invisible. Pour les médecins libéraux, ce sera une petite révolution. Si l'accord négocié entre l'assurance-maladie et les syndicats de praticiens entre en vigueur, les médecins pourront bénéficier d'une rémunération supplémentaire, versée par la Sécurité sociale, lorsqu'ils remplissent certains objectifs de santé publique, de réduction des prescriptions ou encore d'informatisation de leur cabinet. Fondement de la médecine libérale française, le paiement à l'acte restera dominant. « Mais c'est un grand pas dans une nouvelle direction », juge l'économiste Gérard de Pouvourville (lire ci-après)

« Une vraie révolution si les praticiens modifient leur comportement »

GÉRARD DE POUVOURVILLE TITULAIRE DE LA CHAIRE ESSEC SANTÉ

Propos recueillis par Vincent Cohen
Les Echos 20/07/2011

La rémunération des médecins à la performance proposée par l'assurance-maladie est-elle un vrai tournant ?

Oui. Si l'accord entre en vigueur, ce sera une vraie révolution dans une profession où le paiement à l'acte domine depuis toujours. Avec ce système, les médecins devront rendre des comptes sur leurs pratiques. C'est déjà le cas en théorie : la « Sécurité sociale » contrôle les praticiens. Mais les pratiques sont tellement hétérogènes que, dans les faits, les médecins-conseils des caisses d'assurance-maladie ne peuvent pas modifier en profondeur les comportements. Le paiement à la performance est une approche pragmatique qui doit permettre d'améliorer la prévention, le suivi de pathologies chroniques, et aussi de réduire les prescriptions onéreuses ou inutiles.

Est-ce que cela permettra de faire des économies ?

En théorie, oui. Sur le court terme, si les médecins prescrivent plus de médicaments dont il existe une version générique, c'est une économie pour la Sécurité sociale. Sur le moyen et long terme, l'assurance-maladie pourrait aussi faire des économies grâce à une détection plus précoce des pathologies graves, comme le cancer, ou un meilleur suivi des maladies chroniques, comme le diabète. Même si, dans un premier temps, une meilleure prise en charge peut signifier plus d'examens, et donc alourdir la facture. En pratique, cela dépendra totalement du comportement des médecins. Chaque praticien fera des arbitrages en fonction de ses revenus et de sa patientèle. Aura-t-il intérêt à développer la part de sa rémunération à la performance, quitte à faire des consultations plus longues, et donc à facturer moins d'actes ? Ou bien sera-t-il plus rémunérateur pour lui de ne pas modifier son comportement ? A ce stade, c'est très difficile à prévoir.

Quels sont les effets pervers à éviter ?

Au Royaume-Uni, où le paiement à la performance a été introduit il y a quelques années, les généralistes sont très vite arrivés au résultat maximum, car les objectifs n'étaient pas assez ambitieux. Il faudra revoir régulièrement les cibles à atteindre. L'autre risque, c'est que les professionnels de santé adoptent des pratiques trop conformistes, alors que l'état de santé de certains patients exigerait qu'on fasse plus, ou moins, que ce qui est prévu dans l'accord pour obtenir le maximum de points.

Extraits de : Les Echos – 20/07/2011 – articles de Vincent Cohen

QUESTIONS-REponses

... REponses

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Responsabilité civile du médecin

Le régime juridique de la responsabilité civile du praticien a été déterminé par la Cour de cassation en 1936 dans le célèbre arrêt Mercier, par lequel les magistrats ont précisé qu'il se forme entre le patient et son médecin un contrat au terme duquel ce dernier doit prodiguer à son patient des soins consciencieux, attentifs, et conformes aux données acquises de la science.

Quand il y a une faute (ou suspicion de faute) médicale et que le patient souhaite obtenir des dommages et intérêts en réparation d'un préjudice, il intentera :

- une procédure civile contre un praticien libéral ou un établissement privé, devant les juridictions judiciaires (tribunal de grande instance, cour d'appel, Cour de cassation).
- une procédure administrative devant les juridictions administratives, s'il a été soigné dans un établissement public.

Prescription de l'action

La première conséquence de ce contrat tient dans la durée de la prescription, c'est-à-dire le délai pendant lequel un patient peut rechercher en justice la responsabilité du praticien. Depuis la loi du 4 mars 2002, la prescription de l'action intervient au bout d'un délai de 10 ans (le patient ou sa famille disposent de 10 ans pour rechercher la responsabilité du médecin).

Obligation de moyen

La deuxième conséquence tient dans l'obligation de moyen et non pas de résultat à laquelle est tenu le praticien. Dans ces conditions, la responsabilité du médecin ne sera en principe engagée que dans la mesure où le patient réussira à démontrer la triple preuve : d'une faute, d'un préjudice et d'un lien de causalité entre les deux. Le lien de causalité entre la faute et le préjudice est la troisième condition qui doit être démontrée par la victime. Ce lien de causalité doit être direct et certain.

Nature de la faute

La faute peut-être une faute d'humanisme (comme le non-respect de la dignité du patient ou le non-respect du devoir d'information) ou une faute technique (erreur de diagnostic à partir d'un examen superficiel, que des examens complémentaires auraient dû être prescrits, ou choix d'une mauvaise thérapeutique).

Pour caractériser une éventuelle faute, il est nécessaire de se référer à un modèle « de base » du médecin, au « bon professionnel ». Tel est le sens de la formule employée par la jurisprudence selon laquelle les médecins doivent donner des « soins consciencieux, attentifs et réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science » (Cass. Civ 20.05.1936). Les « données acquises de la science » résultent des conférences de consensus, des ouvrages et des traités de référence. Le juge devra à chaque fois mesurer les connaissances scientifiques normalement accessibles mais également l'état des connaissances du médecin en cause. La formation continue est désormais une obligation déontologique et légale du médecin.

Préjudices indemnisables

Les préjudices indemnisables sont multiples et variés. On distingue le préjudice patrimonial (frais médicaux



et pharmaceutiques, ITT, IPP) et le préjudice extra patrimonial (pretium doloris, préjudice esthétique, préjudice d'agrément, préjudice sexuel).

Perte de chance

Pour faciliter l'indemnisation des patients victimes, lorsqu'une faute est certaine, que le préjudice est lui-même certain mais qu'en revanche le lien de causalité entre cette faute et ce préjudice est douteux, les juges civils ont alors recours à la notion de perte de chance pour condamner le médecin. Les chances se définissent par rapport à l'espoir d'obtenir un avantage futur : gain d'une course, réussite à un examen ou concours, espoir de promotion, etc. Le préjudice ne sera pas indemnisable dans sa totalité mais en fonction du pourcentage de chances perdues. Les affaires où la responsabilité du médecin est recherchée pour erreur de diagnostic ou diagnostic tardif, ou encore pour manquement au devoir d'information, sont le domaine de prédilection de la perte de chance.

L'obligation de prodiguer les soins personnellement et en toute indépendance

Le médecin a l'obligation de soigner lui-même son patient et, s'il ne peut le faire, de faire appel à des confrères ou des auxiliaires médicaux compétents. Il répond des fautes des personnes qu'il s'est substitué, en dehors du consentement de son patient, pour l'accomplissement d'une partie inséparable de son obligation.

Il ne peut s'abriter derrière le diagnostic d'un autre médecin pour prétendre échapper à sa responsabilité ni s'en remettre purement et simplement au contrôle que devrait normalement assurer l'un de ses confrères ; il doit veiller à ce que ce contrôle soit effectif.

Pour les internes

L'interne occupe une place essentielle dans le fonctionnement des établissements publics d'hospitalisation en participant activement aux soins dans les services. Nombreuses sont donc les situations où sa responsabilité peut être recherchée. Au regard des règles relatives aux modalités d'exercice des internes et aux principes fondamentaux du service public hospitalier, c'est la responsabilité de l'établissement qui est susceptible d'être engagée à l'occasion d'un acte pratiqué par un interne. Cependant ce principe ne doit pas faire oublier que la responsabilité personnelle de l'interne peut être recherchée, même si elle demeure résiduelle.

L'hôpital responsable des actes de l'interne

> Principe de la responsabilité de l'établissement :

Si on excepte des situations résiduelles, l'action engagée par un patient du fait d'un acte exécuté par un interne ne peut être dirigée contre ce dernier. Toute action mise en œuvre directement contre un interne est irrecevable. Par conséquent, c'est l'établissement où exerce l'interne, et non l'interne lui-même, qui doit supporter l'éventuelle indemnisation accordée au patient.

> Attributions de l'interne :

La lecture des dispositions régissant la situation de l'interne fait apparaître une réelle ambiguïté au regard des fonctions effectives qu'il exerce. Bien que non thésé, il est conduit, en pratique quotidienne, à se déterminer seul, notamment à l'occasion des gardes qu'il effectue au sein de l'établissement.

■ Droit de prescription

L'interne dispose d'un droit de prescription limité, bien qu'il ne soit fait aucune référence à cette

prérogative dans le décret du 10 novembre 1999. La circulaire du 8 décembre 1988 dispose en effet que l'interne peut valablement signer les ordonnances de prescription de médicaments et de traitements pour le patient hospitalisé, à l'exception des médicaments stupéfiants, sauf s'il a déjà obtenu le diplôme d'Etat de docteur en médecine.

■ Elaboration du diagnostic

L'élaboration du diagnostic se présente, en pratique quotidienne, comme une prérogative essentielle de l'interne dans le cadre des soins qu'il dispense. Elle requiert, de sa part, une attention toute particulière et nécessite le recours aux moyens les plus appropriés.

■ Rédaction de certificats

Cette prérogative étant subordonnée à l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine, l'interne ne peut valablement se livrer à la rédaction d'un tel document, si l'on excepte l'hypothèse où l'interne serait titulaire de ce diplôme.

L'interne agit par délégation

L'interne exerce ses fonctions « par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève ». Il s'agit le plus souvent du chef de service (décret du 10.11.1999, art-3).

Par un arrêt de principe (Conseil d'Etat, 18 décembre 1953), la jurisprudence a défini les circonstances dans lesquelles l'interne pouvait valablement recevoir délégation d'effectuer un acte. Il en résulte deux critères essentiels :

> Le caractère courant de l'intervention :

Le praticien dont relève l'interne ne peut lui déléguer qu'un acte ne présentant pas de difficultés sérieuses. Par conséquent, une intervention d'une gravité particulière ne peut pas faire l'objet d'une délégation.

> L'appréciation des capacités de l'interne :

Il s'agit certainement de l'élément le plus délicat car il suppose une évaluation des capacités de l'interne. Le praticien doit en effet s'être « assuré au préalable que l'autorisation ainsi donnée à ses collaborateurs n'est susceptible de ne porter aucune atteinte aux garanties médicales que les malades sont en droit d'attendre ». En pratique, en cas de litige, les tribunaux se fondent sur l'expérience acquise par l'interne au cours de sa formation ainsi que sur des éléments de pur fait tels que le nombre d'actes de cette nature déjà accomplis, la proximité de la soutenance de la thèse, la nature de l'acte délégué, etc.

> S'il n'est pas nécessaire, au regard des textes et de la jurisprudence, que la délégation fasse l'objet d'un écrit, un tel document précisant la nature des actes confiés aux internes peut s'avérer précieux, en pratique, dans l'hypothèse d'une mise en cause.

> Une situation dérogatoire :

L'urgence. En pareille situation, l'intervention de l'interne s'impose, en l'absence du chef de service ou d'un de ses collaborateurs qualifiés. Bien plus, il s'agit d'une obligation légale pour l'interne, son abstention le rendant passible de poursuites sur le fondement de la non-assistance à personne en péril. L'interne doit cependant, même en cas d'urgence, mettre tout moyen en œuvre pour joindre le chef de service ou son assistant.

Responsabilité Pénale du médecin

Comme tout citoyen, le médecin peut voir sa responsabilité pénale recherchée lorsque la faute reprochée constitue une infraction. Elle sera appréciée en fonction de textes généraux qui ne sont pas particuliers aux médecins. La responsabilité pénale se caractérise par sa finalité répressive : l'objectif poursuivi par le plaignant est de voir l'auteur de l'infraction condamné à une peine d'amende et/ou de prison, voire même à une peine complémentaire d'interdiction d'exercer la profession.

La responsabilité pénale est gouvernée par le principe de légalité : un citoyen ne peut pénalement être condamné que si un texte prévoit que tel agissement est susceptible d'entraîner telle peine. Des centaines d'infractions ont été prévues dans les textes qui guettent le médecin dans l'exercice de son activité médicale.

Selon l'article L. 121-1 du Code Pénal, « Nul n'est responsable pénalement que de son propre fait ». On distingue trois types d'infractions selon leur gravité : les contraventions de police (prescrites au bout d'1 an), les délits correctionnels (prescrits à trois ans), les crimes (prescrits à 10 ans).

L'interne responsable personnellement

La faute commise par l'interne peut constituer une infraction et entraîner sa condamnation pénale. Il est indifférent que l'interne exerce à l'hôpital public ou qu'il effectue un stage en milieu extrahospitalier : il ne bénéficie d'aucune immunité en cas de mise en cause pénale.

En cas de condamnation, l'interne doit répondre personnellement des sanctions prononcées à son encontre. L'amende à laquelle un interne serait condamné ne peut faire l'objet d'aucune assurance, comme toute sanction pénale. Ainsi le paiement de l'amende, quel que soit son montant, serait à sa charge.

La faute personnelle détachable

Dans la majeure partie des cas, la responsabilité recherchée en matière d'indemnisation est celle de l'établissement sur le fondement de la faute de service. A titre exceptionnel, l'action est dirigée contre l'interne et vise la faute personnelle. Il s'agit donc d'une faute d'une gravité telle qu'elle ne peut raisonnablement être rattachée au fonctionnement du service.

L'interne peut subir une condamnation pénale alors que le juge statuera, simultanément, que celle-ci n'est pas détachable du service. L'indemnisation demeurera, par conséquent, à la charge de l'établissement. Il en est ainsi, notamment, dans le cas d'une faute pénale d'imprudence et de recherche de la responsabilité pénale de l'interne pour homicide involontaire. Si le patient choisit de diriger sa demande contre l'établissement et que des dommages et intérêts lui sont accordés, l'hôpital pourra exercer une action récursoire envers l'interne à l'origine de la faute. Ce dernier peut se voir contraint à procéder au versement des sommes déterminées par le juge administratif.

Pour les remplaçants

Il est toujours plus difficile de faire la preuve d'un accord verbal lorsque surviennent des difficultés. Il est donc essentiel et obligatoire, sur le plan déontologique, que remplaçant et remplacé signent un contrat qui devra être transmis au Conseil Départemental avant le début du remplacement.

Dans ce contrat, devront être indiquées les clauses financières du remplacement, les conditions de mise à disposition du cabinet du médecin remplacé et le rappel des obligations déontologiques. Le contrat devra rappeler qu'un remplaçant exerce son art en toute indépendance, est seul responsable vis-à-vis des patients et des tiers des conséquences de son exercice professionnel et qu'à ce titre, il conserve seul la responsabilité de son activité professionnelle pour laquelle il s'assure personnellement à ses frais.

Le contrat d'assurance RCP

L'assurance professionnelle du médecin est obligatoire depuis la loi du 4 mars 2002.

Le contrat d'assurance responsabilité civile professionnelle doit couvrir toutes les activités professionnelles du médecin. Elle est de loin la première assurance que le médecin doit souscrire.

Ce contrat garantit les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile du médecin et le coût de sa défense devant les juridictions administratives, civiles, commerciales, ordinales ou pénales et devant les commissions régionales d'indemnisation et de conciliation, dans tous les cas où cette responsabilité serait recherchée dans le cadre de l'exercice légal de la profession.

Sont donc couvertes les conséquences pécuniaires des dommages corporels, matériels et immatériels causés aux patients dans le cadre des soins.

Pourront également bénéficier de sa garantie les personnes dont le médecin doit répondre : un stagiaire, le conjoint intervenant bénévolement au cabinet, un salarié embauché par le médecin...

Nicolas Loubry, Nadège Bernacki et David Baranger – MACSF

Retrouvez toutes ces informations sur le site www.macsf.fr

Liste des annonceurs

Page 23

Communauté de Communes de Brocéliande (35)

Page 24

Hôpital de Joinville (52)

Commune de Neuilly-Saint-Front (02)

Communauté de Communes de la Beauce de Janville (28)

Page 25

Commune d'Yport (76)

Santé Service, Montreuil (93)

Centre Hospitalier G.Marchant, Toulouse (31)

Page 26

Commune de Champagny en Vanoise (73)

ESSR Le Prieuré, Avon (77)

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest (29)

Page 27

Communauté de l'agglomération havraise / Codah (76)

En Brocéliande, on a déjà des vieux druides... Maintenant, on cherche des **jeunes médecins!**



Ici...

Sept médiathèques - deux nouveaux cinémas numériques - une forêt d'une richesse exceptionnelle - la proximité de l'axe Rennes-Vannes-Lorient - un Relais Parents Assistants Maternels et le choix des modes de garde - nombreux commerces et services de proximité - une vie culturelle, sportive et associative dense - de nombreux festivals - un patrimoine naturel et légendaire reconnu - écoles primaires et collège - service de transport en commun vers Rennes...

A 20 minutes au sud-ouest de Rennes Métropole, sur l'axe rapide Rennes-Vannes-Lorient, la Communauté de Communes de Brocéliande développe son offre de services médicaux pour une population en forte croissance et exprimant de nouveaux besoins.

Aux portes de Rennes, un territoire d'avenir à forte identité

Composée de huit communes (Bréal-sous-Montfort, Maxent, Monterfil, Paimpont, Plélan-le-Grand, Saint-Péran, Saint-Thurial, Treffendel) qui s'étendent le long de cet axe routier porteur, la Communauté de Communes de Brocéliande met à son profit le dynamisme urbain rennais, tout en proposant une qualité de vie optimale dans un territoire rural forestier à forte personnalité.

16 000 habitants, un dynamisme démographique confirmé et une population jeune : Brocéliande est l'un des territoires de Bretagne les plus prometteurs et peut regarder l'avenir avec optimisme !

L'Enchanteur Merlin et la fée Morgane se sont jadis installés ici, chez nous, pour développer leurs talents de guérisseurs. Et si c'était votre tour ?

Tenté par Brocéliande?

} Aurélie Guinard, chargée de mission développement économique
Communauté de Communes de Brocéliande
02 99 06 81 08 / economie@cc-broceliande.fr
www.cc-broceliande.fr





L'Hôpital de Joinville Haute-Marne (52)

RECHERCHE → 1 PH temps plein
→ ou deux PH temps partiel

(ces postes peuvent être pourvus par des praticiens contractuels)

3 800 habitants, canton :
8 300 habitants, 40 km du
lac du Der, 120 km de
Nancy et de Reims



- Pour ses services de médecine (9 lits) SSR (20 lits) et EHPAD (45 lits)
- Pas d'astreinte
- Cursus de formation réglementaire possible
- Possibilité de logement
- Poste à pourvoir en complément des médecins libéraux

Les candidatures sont à adresser à :

Monsieur le Directeur
Hôpital de Joinville
34 rue de la pitié
52300 JOINVILLE

Contact :

Directeur : 03.25.04.30.01.

La Commune d'Yport recrute

1 Médecin Généraliste

Suite départ en retraite

Territoire des Hautes Falaises :

- Cabinet mis à disposition, fort potentiel médical et qualité de vie,
- Tous commerces, artisanat, pharmacie, infirmières, hôpital à 5 kms,
- Hôtels, restaurants, école maternelle et primaire,
- Campings, activité touristique toute l'année.

Mairie d'Yport

Rue Ernest Lethuillier 76111 YPORT
Tél : 02.35.27.30.24 - Fax : 02.35.27.66.45
Mail : durand.yport@gmail.com - Site : www.ville-yport.fr



Cité balnéaire située entre Fécamp et Etretat
surclassée 2 000 à 10 000 habitants



La commune de Neuilly-Saint-Front, chef lieu de canton, dans l'Aisne, avec une population croissante de 2203 habitants, avec 1000 élèves journaliers aux écoles regroupées et au collège,

recherche médecin généraliste.

A ce jour, deux médecins exercent sur la commune et pour les communes avoisinantes représentant 3413 habitants. La ville est dotée d'une pharmacie, un pôle infirmières, un kinésithérapeute.

Neuilly se trouve à 25 km de l'hôpital et de la clinique de Château-Thierry et à 33 km de ceux de Soissons.

La municipalité a attribué un local pour accueillir de futurs médecins, occupé en partie par un jeune kinésithérapeute, prochainement équipé d'un accès handicapés.

Deux pièces de 14 et 17 m2 sont encore disponibles.

La sécurité sanitaire doit être renforcée pour assurer un service de santé de qualité et accéder au bien être des citoyens.

Pour tout
renseignement
contactez le :
03.23.71.02.25

1^{er} établissement d'hospitalisation à domicile (HAD) en Ile-de-France (1200 places, 850 salariés) Santé Service intervient auprès de chaque patient, à son domicile, dans le cadre d'une prise en charge globale et coordonnée, à la demande de nos prescripteurs médecins, hospitaliers et libéraux.

Ces prises en charges concernent notamment le traitement du cancer (chimiothérapies), les maladies neurologiques, les maladies cardio-respiratoires, les plaies chroniques ulcéreuses...

RECRUTE 1 MEDECIN COORDONNATEUR en HAD

CDI Montreuil 93 / temps partiel ou complet / véhicule de fonction

Rattaché au Directeur de pôle et en lien avec les équipes soignantes, vous vous assurez de la bonne adéquation au domicile des soins et traitements indiqués par le médecin prescripteur et participez à leur optimisation en intégrant les exigences techniques et réglementaires spécifiques de l'HAD.

Médecin hospitalier ou médecin de ville avec une expertise clinique, vous souhaitez vous investir en HAD pour inscrire votre action dans un travail d'équipe, contribuer à la mise en œuvre, sur le terrain, de projets de soins coordonnés entre ville et hôpital et vous impliquer dans une activité en plein développement.

Merci de nous adresser votre candidature à recrutement@santeservice.asso.fr
ou à SANTE SERVICE, Mme NOUVEL, 15 quai de Dion Bouton 92800 Puteaux



Dans le cadre de l'ouverture début 2012, de sa maison de santé pluridisciplinaire
La Communauté de Communes de la Beauce de Janville

Recherche
Médecins généralistes et chirurgien dentiste
pour une installation en libéral.



Dans un secteur avec un fort potentiel de patientèle, située en Eure et Loir, à 1 H de Paris et à 30 min d'Orléans par autoroute.



Pour tout contact : Communauté de communes de la Beauce de Janville
Tél : 02.37.90.15.41 - Mail : ccb.janville@wanadoo.fr

Le Centre Hospitalier GERARD MARCHANT à TOULOUSE

Etablissement spécialisé en psychiatrie

Recrute

1 Médecin Généraliste à temps complet ou 2 temps partiel

pour son service de Médecine Générale

Participation aux soins somatiques des patients hospitalisés
(avec 2 confrères à temps partiel)



Des renseignements sur le poste peuvent être obtenus auprès de :
Madame BONNET, Chef du Pôle Médical et Technique
(Tél : 05.61.43.77.29)

Les candidatures avec CV sont à adresser à :
Mme le Directeur des Ressources Humaines, CENTRE HOSPITALIER GERARD MARCHANT
134, Route d'Espagne - BP 65714 - 31057 TOULOUSE CEDEX 1
Tél. 05.61.43.77.72 - Fax 05.61.43.40.30 - secretariat.drh@ch-marchant.fr

La commune de CHAMPAGNY EN VANOISE (73350)

RECHERCHE SON MEDECIN GENERALISTE,

Station-village de 5 000 habitants, touristique et partie intégrante du domaine skiable international de «La PLAGNE-PARADISKI», elle met à disposition du praticien un cabinet médical neuf et une radiologie numérique, directement au pied des pistes.

Depuis 2007, la clientèle est variée et importante, en provenance de la station l'hiver et de l'ensemble du canton de BOZEL le reste de l'année.

de préférence à l'année.

Contact :
M. le Maire – 73350 CHAMPAGNY EN VANOISE
Tél. 04 79 55 03 80 – Fax : 04 79 65 00 99
Courriel : champagny.mairie@wanadoo.fr



ESSR Le Prieuré – Etablissement de soins de suite et de réadaptation à vocation gériatrique de 160 lits rattaché à l'Assurance Maladie et situé à Avon, près de Fontainebleau (40 mn de Paris - gare de Lyon) recrute :

UN MEDECIN GENERALISTE

Placé(e) sous la responsabilité du Médecin Coordonnateur, Il (elle) sera chargé(e) de :

- L'accueil et la prise en charge des patients qui lui sont confiés
- Contribuer à l'échange d'informations nécessaires à la prise en charge globale et coordonnée du patient
- Assurer les prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses
- Participer aux décisions stratégiques et à l'élaboration du projet médical.
- Participer au Plan d'amélioration de la Qualité

CV et lettre de motivation à adresser à :
Valérie Vallet RRH
ESSR Le Prieuré – 4, rue Bezout – BP 80097 – 77212 AVON Cedex
Tél. 01.64.69.62.07 – vvallet@ugecamidf.fr

Principales pathologies prises en charge :

- Cardiovasculaires et respiratoires
- Post traumatiques
- Viscérales
- neurologiques
- cancérologie et soins palliatifs

L'équipe pluri-disciplinaire est composée de :

Infirmiers, aide-soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeute, diététiciens, psychologues et assistantes sociales.

L'équipe médicale est composée de :

4 médecins et d'un médecin coordonnateur.

AVANTAGES CONVENTIONNELS + POSSIBILITE DE REPRISE D'ANCIENNETE
PARTICIPATION AUX GARDES ET ASTREINTES MEDICALES



Le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest

7 sites - 2 593 lits et places - 5 500 personnes

recrute pour son site de Carhaix UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

- Activité de médecine polyvalente au sein d'une unité à orientation endocrinologie-pneumologie
- Intégration au sein d'une équipe médicale
- Possibilité de disposer de vacations dans les services hospitalo-universitaires du CHRU
- Contexte de reconfiguration de l'offre médicale et de mise en place de nouvelles activités
- Formation : possibilité de prise en charge de la capacité de gériatrie par l'établissement dans le cadre de la FMC

Renseignements et candidatures à adresser à :
Monsieur Gwendal MARIQUE
Directeur des Affaires Médicales
Centre Hospitalier Régional et Universitaire
2, avenue Foch
29609 BREST cedex
Tél. : 02.98.22.37.80 Fax : 02.98.22.38.43
sec.affairesmedicales@chu-brest.fr

5 bonnes raisons de venir vous installer sur notre territoire

- Un cadre de vie exceptionnel entre ciel et mer
- 2 km de bord de mer, un port de plaisance en centre-ville
- Un patrimoine architectural reconnu mondialement
- Une scène nationale
- Proche de Paris et de l'Angleterre

Venez le vivre en couleur...



Direction de la communication de la CODAH - B.D.S.A. Le Havre - www.bobee-communication.com - 09/2011 - Crédits photographiques : CODAH - Ville du Havre - F. Boulan



aggl-lehavre.fr

A l'attention
des médecins souhaitant
vivre « autrement »



GARDER CONTACT - ADHERER

www.snjmg.org

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

N'hésitez pas, nous sommes là pour ça !



Chers adhérents, chères adhérentes,

Ce numéro 2, un peu en retard par rapport à nos objectifs de revue trimestrielle sort enfin !

En tout cas, nous espérons que votre rentrée 2011 s'est bien passée et que chacun parvient à trouver au quotidien un équilibre entre exercice professionnel, universitaire et vie privée.

N'oubliez pas que la liberté d'expression est une chance qu'il ne faut pas avoir peur de saisir.

N'hésitez pas à nous envoyer vos témoignages, expériences de formation, ou tout simplement des articles, qui pourraient apporter à tous des informations ou idées intéressantes pour la pratique de jeune médecin. Ils pourront si vous le souhaitez être intégrés aux prochains numéros du Jeune MG.

Par ailleurs, nous avons le plaisir de vous annoncer la tenue des Premières Assises Nationales des Jeunes Médecins Généralistes (ANJMG) en 2012. Vous trouverez dans le prochain numéro, le programme des ANJMG ainsi que toutes les informations pratiques.

Merci à ceux qui participent déjà à la réalisation de cette revue et également à ceux qui partagent leurs expériences via nos services Internet (site, blog, réseaux sociaux).

A bientôt,

Le Bureau National du SNJMG



Macéo éditions
Macéo éditions

