

# JEUNE JMG

Le Bulletin des Jeunes Médecins Généralistes | N°03 - Fév 2012



**JMG**  
**SYNDICAT NATIONAL  
DES JEUNES MEDECINS  
GENERALISTES**

## ■ ACTUALITES

- Des internes de médecine générale en stage ambulatoire de gynéco-pédiatrie !
- Démographie médicale et installation des jeunes médecins - Lettre aux Députés

## ■ VIE PROFESSIONNELLE

- Le Burn out ou épuisement professionnel des médecins et des internes : le comprendre et le prévenir
- Quelques mots sur la réforme du médicament de 2011
- De la Formation Continue au Développement Professionnel Continu, les médecins pourront-ils prendre le virage ? - Avis d'un médecin généraliste membre de la SFTG
- Correspondances - Discussions : Jaddo : Juste après dresseuse d'ours

## ■ PERSPECTIVES

- Communiqué de Presse : Les communiqués de presse de décembre
- Les AnaJMG : pour une médecine moderne au service du patient

## ■ QUESTIONS-REponses

- L'affaire du Mediator en quelques mots

Soyez prévoyant pour vous et votre famille.



## 53 % des médecins généralistes nous font confiance ! \*

### VIE PROFESSIONNELLE

- ❖ RC Professionnelle et Protection Juridique
- ❖ Assurance du cabinet
- ❖ Assurance Prévoyance (arrêt de travail, maternité invalidité, prévoyance entre associés...)
- ❖ Assurance des emprunteurs

### VIE PRIVÉE

- ❖ Complémentaire santé
- ❖ Assurance Prévoyance (capital décès, rente éducation, accidents de la vie...)
- ❖ Assurance-vie, Retraite, Épargne salariale
- ❖ Assurances Automobile, Habitation

### OFFRE SPÉCIALE « Jeunes Installés »

Bénéficiez de **réductions tarifaires** lors de votre première installation, sur les cotisations de nos contrats (voir conditions en agence).

### GUIDE INSTALLATION



Guide de l'installation libérale des professionnels de santé.

**Demandez-le à votre agence !**

Retrouvez-nous sur :

# SOMMAIRE

■ EDITORIAL .....	.P 03
■ ACTUALITES .....	.P 06/11
<b>Université - Internat</b>	
Des internes de médecine générale en stage ambulatoire de gynéco-pédiatrie !	
<b>Remplacement - installation</b>	
Démographie médicale et installation des jeunes médecins - Lettre aux Députés	
■ VIE PROFESSIONNELLE .....	.P 12/24
<b>Recherche en Médecine Générale</b>	
Le Burn out ou épuisement professionnel des médecins et des internes : le comprendre et le prévenir	
<b>Thérapeutique</b>	
Quelques mots sur la réforme du médicament de 2011	
<b>Enseignement - formation</b>	
De la Formation Continue au Développement Professionnel Continu, les médecins pourront-ils prendre le virage ? - Avis d'un médecin généraliste membre de la SFTG	
<b>Correspondances - Discussions</b>	
Jaddo : juste après dresseuse d'ours	
■ PERSPECTIVES .....	.P 26/29
<b>Communiqué de Presse</b>	
Les communiqués de presse de décembre	
<b>Dynamique syndicale</b>	
Les AnaJMG : pour une médecine moderne au service du patient	
■ QUESTIONS-REPONSES .....	.P 30/34
<b>L'affaire du Mediator en quelques mots</b>	
■ ANNONCES RECRUTEMENT .....	.P 35/40

#### Directrice de publication et rédactrice en chef :

Marine Crest-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.



## Joris, médecin en mission à Haïti témoigne



Amis très chers,

Je reprends la plume quelques temps pour vous transmettre quelques-unes de mes impressions, comme ça, à brûle-pourpoint comme on dit.

En arrivant ici, j'ai tenté de faire taire, chez moi, toute réflexion, même la plus intime, pour me laisser bercer par cette ville, cette culture, ce pays si loin de moi. Je tente de me laisser bercer pour mieux la comprendre, mieux la pénétrer, quoique je resterai tout le temps à la périphérie. C'est je pense le lot des gens qui partent. La distance fait différence.

A cette heure où je vous écris, en ce dimanche soir où la ville de Port-au-Prince renaît de sa brûlante journée, où les églises se remplissent encore et encore, à cette heure où le ciel se noircit en quelques minutes laissant place à une nuit de violences, mes sentiments sont mêlés. Depuis quelques jours en effet, une violence sans visage nous plonge dans une insécurité palpable. L'hôpital sur lequel nous travaillons et vivons fait l'objet de menaces ; la nuit est déchirée par des coups de feu à l'arme automatique. Ici les gens sont prêts à tuer pour une journée de travail. Les caïds du quartier estiment que MSF ne leur offre pas assez de travail, alors ils tirent !

Ils tirent et mourront peut-être demain, sous les tirs d'un plus jeune, d'un plus fou, d'un plus désespéré. C'est une ville où les tueurs veulent tous mourir jeunes. On naît dans la poussière, meurt dans cette même poussière quelques années plus tard. L'espérance de vie à Cité Soleil est de 41 ans. Mon dos se glace par cette froideur qui dicte tant d'exécutions sommaires dans cette fournaise du monde.

Cocaïne à gogo, des armes partout et la mort, jamais loin. Maintenant on tue à midi dans ce pays et la nuit n'est plus complice de l'assassin.

Alors voilà, mes sentiments face à cette pression alternent entre écœurement, incompréhension, parfois même du dégoût. Mais aussi tant de petits bonheurs.

On ne peut imaginer la pression constante qu'une ville comme Port-au-Prince peut exercer sur les nerfs d'un jeune européen, je vous l'assure !

Tant de petits bonheurs disais-je, dans mon activité au quotidien, auprès de patients d'une gentillesse extrême, aussi malades soient-ils. Une fois certaines barrières de préjugés, d'à priori, tombées, je pénètre doucement cette culture que j'apprends à aimer. J'apprends à connaître les dieux du Vaudou, les dettes familiales, les expressions nouvelles de pathologies ou de souffrance psychique. Bref, je m'éclate dans cette découverte d'espaces inconnus.

Port-au-Prince est une ville surprenante où tout le monde a son petit commerce. Tout le monde vend, une ville de petits services. On vend et on achète, des choses tellement insignifiantes. On tente de berner la misère par une agitation incessante. L'une des activités principales après la messe et le sexe,

c'est de chercher de l'eau. Tout bon haïtien parcourt des kilomètres chaque jour pour s'approvisionner en eau.

Ici tout est fait pour que la misère dure pour l'éternité ; nous nous trouvons au carrefour du plus mauvais de l'homme. Ce pays n'est pas en guerre, c'est pire. Quelques puissants maintiennent un niveau de pauvreté qui est au-delà de l'imaginable. Lorsqu'un habitant de Port-au-Prince s'éveille le matin, sa seule préoccupation est de se nourrir. Ici on ne vit pas, on tente de survivre, un jour de plus. Il est impossible de se projeter dans l'avenir. On n'est pas sûr de se réveiller le matin, on meurt en traversant la rue, on meurt d'une balle perdue, on meurt parce que les racketteurs estiment que les quelques gourdes – la monnaie locale – que vous avez sur vous ne suffisent pas, ils décident alors de vous placer une balle dans la tête. Une vie pour quelques gourdes. La mort est partout, dans chaque inspiration de cette masse de gens laissés-pour-compte.

Le séisme n'a au fond pas changé grand-chose. Je sais que ça peut vous paraître violent ou injuste de dire cela, mais le séisme n'a fait que renforcer la population dans son sentiment d'insécurité permanente. La seule chose qui tenait jusque-là c'était cette terre, qui les porte, les nourrit. Cette terre est maintenant elle aussi une menace permanente, une arme qui ne prévient pas. Sans terre on est déraciné.

Chacun ici à un parent qui a été enlevé, un cousin tué à bout portant, un amour volé pour un mot prononcé trop fort. En Haïti, la norme, c'est l'injustice, l'inégalité. Alors on triche, on masque, on déguise cette réalité.

Nous fonctionnons en Occident sur un système de culpabilisation ; les haïtiens eux fonctionnent sur un registre de persécution. Tout vient de l'extérieur, jusque dans les maladies, somatiques et évidemment psychiques.

Ce modèle de compréhension des choses sur un registre de persécution rend le travail au quotidien extrêmement difficile. Les équipes avec qui je travaille sont très demandeuses, avides, mais ne donnent que peu en échange.

Certains aiment à dire que la religion ici empêche le pays de se relever. Même si cette religion maintient en apparence la population dans un marasme, en annihilant toute forme d'engagement ou de responsabilité, cherchons plutôt à comprendre pourquoi elle prend ici une telle importance. Elle crée du lien social, permet de projeter sur l'extérieur des choses qui parfois viennent de l'intérieur ; elle apparaît ici parfois comme un mécanisme de défense. Elle permet de se lever le matin et d'accepter l'inacceptable.

Voilà quelques facettes d'un prisme qui en comporte des milliers. Une vision bien mal retranscrite de ce que vois, de ce qui me fait grandir ici.

Je commence à brûler d'impatience de retrouver mon petit bonhomme qui me manque tant, et de vous retrouver vous, amis très chers.

Joris M.  
Juillet 2011



## UNIVERSITÉ – INTERNAT

### Des internes de médecine générale en Stage Ambulatoire de Gynéco-pédiatrie ! - Interview croisée

Pédiatres et gynécologues devenant des denrées rares, la faculté tente de former de mieux en mieux les jeunes généralistes à la prise en charge des enfants et des femmes. Les internes doivent ainsi tous recevoir une formation spécifique en pédiatrie et en gynécologie.

**Le Dr Anne Saint-Martin (ASM), généraliste installée depuis 2005 en périphérie de Toulouse et le Dr Sarah Rongières (SR), interne de 5ème semestre à l'Université Paul Sabatier de Toulouse répondent aux questions de Jeune MG (JMG) sur le stage ambulatoire de Gynéco-pédiatrie.**

**JMG :** Qu'est ce que le stage de gynéco-pédiatrie pour les internes en médecine générale et depuis quand existe-t-il ?

**SR :** Le stage de gynéco-pédiatrie est en place depuis l'arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine (DES). Dorénavant, **la maquette du DES de médecine générale** est la suivante :

1) Deux semestres obligatoires dans des **lieux de stage hospitaliers agréés** au titre de la discipline médecine générale :

- Un au titre de la médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie.

- Un au titre de la médecine d'urgence.

2) Deux semestres dans **un lieu de stage agréé** au titre de la discipline médecine générale :

- Un semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie ;

- Un semestre libre.

3) Un semestre **auprès d'un médecin généraliste, praticien agréé-maître de stage.**

4) Un semestre, selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale, effectué en dernière année d'internat, **soit en médecine générale ambulatoire** (sous la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé - SASPAS),

**soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel** validé par le coordonnateur de médecine générale.

Le grand changement apporté par cette modification de notre statut est la **suppression du caractère obligatoirement hospitalier** des stages de pédiatrie-gynécologie. Cette modification était devenue indispensable car les capacités de formation dans ces services hospitaliers commençaient à être sérieusement saturées. La fac a donc recruté de nouveaux maîtres de stage.

**JMG :** Comment avez-vous été recrutée ?

**ASM :** Installée en région toulousaine avec deux associées et une collaboratrice, je ruminais depuis quelque temps déjà l'idée de devenir maître de stage, je me suis donc renseignée (non sans mal) auprès de la faculté. Et je peux dire que la réponse ne s'est pas faite attendre. En un coup de fil, nous avons été engagées mes consœurs et moi (y compris notre collaboratrice qui n'avait pas postulé) en gynéco/pédiatrie dès le semestre suivant.

**JMG :** Pourquoi avoir choisi cette catégorie de stage ?

**ASM :** Nous n'avons rien choisi, nous ne savions même pas qu'il existait un stage de gynéco-pédiatrie mais au vu de notre profil (4 femmes en milieu urbain) et de notre activité (plus de 30% de patients de moins de 16 ans, suivi gynéco, suivi de grossesse, contraception, IVG médicamenteuse) ces messieurs de la faculté nous ont orienté vers cette filière.

**SR :** Bien que je me destine à la médecine gériatrique, j'avais envie de faire un stage de gynécologie/pédiatrie qui ressemble à la pratique qu'en ont les médecins généralistes de ville. A l'hôpital il y a un tel biais de recrutement que les situations ne sont pas celles rencontrées de façon courante. De plus le choix du stage en ville me permettait plus de souplesse sur la localisation de mon terrain de stage. Si j'avais dû aller à l'hôpital, j'aurais été à Albi ou à Montauban donc relativement loin de chez moi. Par ailleurs j'avais envie de voir ce qui se passe en PMI et au planning familial.

**JMG :** Comment se déroule le stage en pratique ?

**SR :** Je suis présente deux jours par semaine au cabinet médical, un jour avec chacun de mes maîtres de stage. Elles sont généralistes donc je vois tout type de consultation mais j'arrive à voir beaucoup d'enfants. Tantôt j'assiste à la consultation avec mon maître de stage, tantôt je consulte seule et elle supervise à la fin de la consultation.

Je fais également 2 demi-journées de stage en PMI et 2 demi-journées au planning familial.

**ASM :** Sarah assiste à nos consultations et y participe de façon active dès que c'est possible. Il est plus facile de la faire assister aux consultations pédiatriques qu'aux consultations gynécologiques. D'une part il y en a plus et d'autre part pour nous rencontrons moins de résistance de la part des patients.

Nous avons contacté des collègues libéraux (sage-femme, kiné, orthophoniste, radiologue) afin que Sarah puisse passer quelques demi-journées ponctuellement dans leur cabinet et ainsi diversifier le plus possible son approche de la pédiatrie et de la gynécologie.

**JMG :** A mi-parcours de ce stage, quels en sont les temps forts et les écueils ?

**ASM :** **Accueillir un interne oblige à se remettre en cause sur ses connaissances, à justifier ces pratiques, à approfondir ses sujets.** Si nous essayons de leur apporter notre expérience, nos astuces et un savoir-être indispensable à la relation thérapeutique, **ils nous apportent en retour leur connaissance à jour, leur réseau hospitalier, leur regard plus « jeune ».** Les échanges sont fructueux.

Les difficultés pour nous sont organisationnelles surtout. Avant que le stagiaire n'arrive, il a fallu faire de la place dans nos bureaux pour qu'il ait son espace, briefier la secrétaire pour mettre les examens de suivi du nourrisson les jours de présence de l'interne, prévenir les patients de la présence prochaine d'un interne au cabinet. Puis une fois que Sarah est arrivée, il nous a fallu trouver sa place, notre rythme. Certaines choses n'ont pas encore été mises en place, les recherches bibliographiques à partir de dossier par exemple.

Quand la relation à deux devient une relation à trois, il faut savoir rester attentif aux non-dits plus fréquents et à l'inverse repérer ce que l'interne fait émerger.

**SR :** **J'apprends en stage à appréhender la consultation avec un jeune enfant. Je pense qu'à l'hôpital l'approche est différente.** Mes maîtres de stage ont pris le temps de me montrer comment entrer en relation avec un tout petit, comment « l'apprivoiser » : les astuces, les comportements de réassurance, l'utilisation des jeux... J'apprends aussi la régulation téléphonique, les conseils à donner, les questions à poser pour déterminer si l'enfant doit être vu et dans quel délai, la surveillance d'une fièvre, d'une gastro, d'un traumatisme.

Enfin, j'apprends à parler aux parents : les écouter, les rassurer, leur expliquer les consignes.

Les points négatifs sont peut-être l'absence de certaines situations d'urgence et l'absence de vision sur le travail effectué par le spécialiste.

**ASM :** Je reste persuadée que ce que nous pouvons apporter aux internes est plus du domaine du savoir-être que du savoir-faire et j'espère que dans ce domaine nous les aiderons à avancer.

Dr Anne Saint-Martin et Dr Sarah Rongières

## REEMPLACEMENT - INSTALLATION



## Lettre ouverte aux Députés

**Démographie médicale et installation des jeunes médecins**

Paris, le lundi 28 novembre 2011

« Avant nous avions un médecin dans le village, c'était pratique. Mais depuis qu'il a pris sa retraite bien méritée, personne n'est venu prendre sa relève... »

Accompagnant ce type de discours très souvent rapporté dans la presse, les notions de « droit aux soins », de « service public » ou de « service de proximité » sont souvent associées. Nous, jeunes et futurs médecins, nous comprenons ces souhaits et adhérons à ces principes. Mais comment en sommes-nous arrivés à cette situation problématique, voire parfois critique ? Et comment pourrions-nous participer à son amélioration ?

**Tout d'abord, une analyse rétrospective s'impose.**

Les problèmes de démographie médicale ne sont pas un fait récent. En effet, avant les années 1970 et l'apparition du *numerus clausus*<sup>1</sup> qui a donné un sérieux coup de frein à la formation, et donc à l'installation de jeunes médecins, la situation était celle de la surabondance de praticiens, avec son lot de difficultés<sup>2</sup>. C'est donc à cette période que la population a vu fleurir des cabinets médicaux au pied de chaque clocher, au plus près de la population, au plus près du patient... au plus près du client. Car pléthore signifie concurrence, et même si la médecine est devenue, au fil du temps pour eux un sacerdoce, exercer permet d'assurer avant tout un revenu.

Quarante ans ont passé depuis ce changement radical de la sélection des futurs médecins, et les effets du *numerus clausus*, qui n'a cessé de baisser jusqu'en 1993<sup>3</sup>, se font sentir. Est ainsi arrivée la période où la plupart des praticiens en exercice ont l'âge de prendre un repos bien mérité. Seulement voilà, ceux qui partent ou sont en passe de l'être sont aussi ceux qui ont fait le choix à leur époque de s'installer en campagne<sup>4</sup>, loin des tumultes de la ville et de l'économie de marché. Ils partent sans relève car, mathématiquement, ils ont été plus nombreux à s'installer en leur temps que de jeunes médecins ne sont formés actuellement<sup>5</sup>.

**Alors comment répondre aux besoins des populations ?**

Chaque citoyen a droit à la santé, c'est un des fondements de notre système social<sup>6</sup>.

1 - Article 15 de la Loi 71-557 du 13 juillet 1971, qui complète l'article 45 de la Loi 68-978 du 12 novembre 1968

2 - Dr Gouffier, L'encombrement de la profession médicale : Causes, résultats, remèdes, Le Concours Médical n°45 du 10 novembre 1900

3 - Pas de limitation jusqu'en 1970 ; 8671 admissibles en 2ème année en 1977 ; 3500 en 1993 ; 7400 actuellement

4 - CNOM, Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2011, éditions nationale et régionales

5 - Solde négatif : 2004 généralistes entrants pour 2993 sortants en 2010 (CNOM, Atlas 2011)

6 - Préambule de la Constitution du 27 Octobre 1946

Mais cela doit-il se traduire par la reproduction à l'identique des schémas de répartition de nos prédécesseurs ? Comme nous l'avons expliqué plus haut, évidemment non. D'ailleurs, cet exercice solitaire ne correspond pas aux aspirations des jeunes et futurs médecins, qui veulent majoritairement un exercice regroupé<sup>7</sup> en maison ou pôle de santé pluriprofessionnel. Même si ce type de structure ne peut être une solution unique applicable à tout le territoire, il a l'avantage de répondre, au moins en partie, aux besoins de la population, tout en étant l'expression d'un souhait de mode d'exercice de la relève des professionnels de santé<sup>8</sup>. En effet, le généraliste n'y est pas le seul effecteur de soins, car la démographie demandera des adaptations en fonction des compétences de chacun des professionnels de santé. La notion de pivot de soins prend alors tout son sens<sup>9</sup>.

**Les idées reçues sur le choc démographique.**

Avant d'envisager des solutions « radicales », peut-être est-il temps de se demander si certaines évolutions perçues comme des risques pour l'avenir de la médecine de proximité ne sont pas des idées reçues ! Nous prendrons quatre grands exemples :

**1. « La féminisation de la profession est un problème »**

D'un point de vue statistique, alors que les femmes ne représentent que 30,5 % des médecins en exercice<sup>10</sup>, elles sont majoritaires à 66 % chez les étudiants qui accèdent à l'internat de médecine générale<sup>11</sup>. Et même si, historiquement, les femmes préféraient le salariat à l'exercice libéral, avec des horaires plus légers, cette tendance ne se retrouve plus en 2010 : les femmes envisagent plus d'exercer en libéral au décours des études que les hommes et projettent de travailler 50 heures hebdomadaires, contre 56 pour les hommes, quand le salariat plafonne cette durée à 48 heures ! Mais au-delà du temps de travail, les jeunes médecins, hommes et femmes, veulent concilier vie professionnelle et vie personnelle, amenant une transformation du modèle professionnel, qui reflète aussi l'évolution de notre société.

**2. « Les médecins senior quittent leur installation rurale pour remplacer »**

Si une partie des médecins en fin de carrière dévissent leur plaque avant l'âge de la retraite, ce n'est majoritairement pas pour remplacer. En 2010, sur les 903 départs de médecins installés, la majorité concernait des hommes généralistes de 54 ans en moyenne, qui avaient un mode d'exercice libéral depuis plus de 20 ans, en milieu rural pour seulement 11 % d'entre eux. ¼ ont cessé totalement l'exercice de la médecine et 3/4 ont continué une activité médicale, en grande majorité salariée. Les motifs du dévissage de plaque sont un exercice difficile (charges administratives lourdes, temps de travail trop important, dévalorisation, *burn out*) et un volume d'activité incompatible avec une vie personnelle correcte<sup>12</sup>. Remarquons qu'il s'agit des mêmes freins que pour l'installation des jeunes, ce qui démontre que cette évolution du modèle professionnel est bien intergénérationnelle.

**3. « Les jeunes médecins ne veulent pas s'installer »**

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, seuls 9,4 % des primo-inscriptions au tableau de l'Ordre concernent une activité libérale exclusive, toutes spécialités confondues. Mais une partie des médecins poursuivent leur formation par un clinicat ou un assistanat, donc sont salariés. D'autre part, les évolutions au cours de la vie professionnelle ne sont donc pas prises en compte dans ces chiffres, puisqu'ils concernent seulement les primo-inscriptions. Enfin, si on regarde la population des généralistes, 37 % choisissent le salariat, 18% s'installent et 45% remplacent donc travaillent en libéral. Ainsi, près de 2/3 des généralistes exercent en libéral après leur thèse<sup>13</sup>, sans compter les remplaçants non thésés qui ne sont pas comptabilisés !

7 - Enquête nationale de l'ISNAR-IMG sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale en 2010

8 - IRDES, Question d'économie de la santé n°147, Octobre 2009

9 - Élisabeth HUBERT, Rapport de la mission de concertation sur la médecine de proximité, 2010.

10 - CNOM, Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2011, éditions nationale et régionales.

11 - DREES, Affectations des étudiants en médecine à l'issue des ECN en 2010, Études et résultats n° 767, 2011

12 - CNOM, Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2011

13 - CNOM, Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2011

#### 4. « Les jeunes médecins ne veulent pas travailler à la campagne »

La densité nationale moyenne en généralistes est de 109 / 100 000 habitants, avec des disparités historiques, régionales mais aussi et surtout infrarégionales<sup>14</sup>. Mais finalement, rares sont les patients qui doivent effectuer un trajet de plus de 15 minutes pour accéder à un médecin<sup>15</sup>. Les généralistes sont le troisième équipement le mieux réparti sur le territoire national<sup>16</sup>, derrière les pharmacies et les salons de coiffure... et devant les boulangeries ! Et ce sont encore 20 % des nouvelles installations qui l'ont été en milieu rural en 2010, alors que les zones rurales ne capitalisent que 18 % de la population du pays<sup>17</sup>. Donc, s'installer à la campagne, oui, mais pas à n'importe quel prix : le jeune médecin a besoin des mêmes équipements non sanitaires que le reste de la population française, il est donc concevable qu'il souhaite bénéficier de services (publics) de proximité<sup>18</sup> (école, poste...). Le jeune médecin généraliste doit également pouvoir compter sur des équipements sanitaires appropriés, pour exercer une médecine de qualité : laboratoire, paramédicaux ... Rendre les campagnes attractives est donc bénéfique pour tous : la tendance révèle plus un choix d'environnement de travail que de lieu d'exercice pour les nouvelles installations.

#### Comment favoriser l'exercice en soins primaires ?

La question est bien « comment encourager » et non-pas « comment contraindre ». En effet, les expériences coercitives, mêmes si elles semblent apaiser certaines tensions chez une partie de la population qui crie à l'injustice, ne sont pas des solutions durables et efficaces. De telles mesures ont été imposées chez d'autres pays (Allemagne, Royaume-Uni et Québec), aboutissant inexorablement à un échec, reportant le problème sur un autre volet de la prise en charge des patients, concourant à un enrayement partiel du système de santé<sup>19</sup>.

En outre, n'oublions pas que le monde ambulatoire n'est pas le seul à souffrir des limites imposées par le passé ; le système hospitalier est également en crise. Nombre de jeunes médecins, déçus ou contraints par ce système libéral rigide s'orientent vers l'hôpital, qui propose de nombreuses opportunités professionnelles<sup>20</sup>.

Les mesures à mettre en place ou à promouvoir sont donc incitatives. Certaines existent déjà, comme le CESP<sup>21</sup>, elles ne sont pas assez connues<sup>22</sup>. Sont-elles parfaites ? Tout dispositif est perfectible<sup>23</sup>. Et ce manque d'information concoure aussi à dissuader à l'installation<sup>24</sup>. En effet, un exercice serein n'est possible que s'il est correctement préparé, en toute connaissance de causes : connaissance de ces aides, tout comme la maîtrise de l'entreprise médicale. En effet, à l'heure où tout le monde s'offusque que « les jeunes médecins ne se risquent plus à s'installer », personne ne s'étonne que ces mêmes jeunes médecins n'aient jamais reçu de formation à la gestion de leur entreprise libérale, à l'économie, à la fiscalité, qui est pourtant le socle de la viabilité d'un cabinet. Il faut être naïf pour croire que la seule bonne volonté d'œuvrer pour le bien de ses concitoyens ou un grand dévouement suffisent à faire fonctionner une société. Alors il est temps d'intégrer une formation à la gestion dans les études médicales, comme dans d'autres filières.

14 - CNOM, Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2011

15 - IRDES, Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007, Rapport juin 2011

16 - DREES, Comptes nationaux de la santé 2009, Séries statistiques n°149-2, septembre 2010

17 - INSEE, Recensement de la population de 2006. La croissance retrouvée des espaces ruraux et des grandes villes, janvier 2009

18 - Enquête nationale de l'ISNAR-IMG sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale en 2010

19 - DREES, La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux États-Unis, au Québec et au Royaume-Uni, Études et résultats n°120, 2001

20 - Campagne de recrutement de la FHF : [www.ph-parinteret.com](http://www.ph-parinteret.com).

21 - <http://www.sante.gouv.fr/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp.html>.

22 - Enquête nationale de l'ISNAR-IMG sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale en 2010

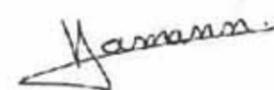
23 - Décret n° 2011-1542 du 15 novembre 2011 modifiant le décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales

24 - Enquête nationale de l'ISNAR-IMG sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale en 2010

#### En conclusion.

Mesdames et Messieurs les Députés, cette lettre ouverte est un plaidoyer. Ne cédez pas au chant des sirènes qui vous demandent d'imposer l'installation d'un médecin dans chaque village car ce système appartient au passé et est maintenant obsolète. Nous sommes à une croisée des chemins. Pour l'avenir se dessine une nouvelle organisation des soins ambulatoires où cohabiteraient salariat, libéral, maisons de santé, cabinets de groupe pluriprofessionnels et pluridisciplinaires et cabinets isolés. La solution est d'aider les jeunes et futurs médecins en dessinant un paysage où chacun pourra y trouver un mode d'exercice en adéquation tant avec les besoins des patients, qu'avec ses souhaits d'exercice et de vie personnelle. Un exercice forcé de la médecine ne peut être envisagé car sera pourvoyeur de désaffection profonde pour la profession et de la diminution de qualité des soins.

Pour l'ANEMF,  
Pierre HAMANN,  
Président.



Pour l'ISNAR-IMG,  
Charline BOISSY,  
Présidente.



Pour l'ISNIH,  
François PETITPIERRE,  
Président.



Pour l'ISNCCA,  
Julien ADAM,  
Président.



Pour ReAGJIR,  
Alice PERRAIN,  
Présidente.



Pour le SNJMG,  
Alexandre HUSSON,  
Président.



#### CONTACTS

ANEMF : Pierre HAMANN – Président - [president@anemf.org](mailto:president@anemf.org) - 06 77 66 94 78  
 ISNAR-IMG : Charline BOISSY – Présidente - [president@isnar-img.com](mailto:president@isnar-img.com) - 06 73 07 53 01  
 ISNCCA : Julien ADAM – Président – [julien.adam@nck.aphp.fr](mailto:julien.adam@nck.aphp.fr) - 06 37 75 97 28  
 ISNIH : François PETITPIERRE – Président – [president@isnih.com](mailto:president@isnih.com) - 06 58 25 32 03  
 ReAGJIR : Alice PERRAIN – Présidente - [president@reagjir.com](mailto:president@reagjir.com) - 06 42 18 40 14  
 SNJMG : Alexandre HUSSON – Président - [president@snjmg.org](mailto:president@snjmg.org) - 06 43 00 37 82

## RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

### Le Burn out ou épuisement professionnel des médecins et des internes : le comprendre et le prévenir

Le « burn out » ou épuisement professionnel en français, désigne l'état d'un individu dont la totalité des ressources physiques et émotionnelles aurait été consommée. Le burn out résulte d'un stress chronique dont il représente la phase ultime. Emprunté aux mondes de l'électronique et de l'aérospatial, le terme signifie « surcharge de tension », « grillage des circuits ». Il évoque une combustion totale. Ainsi au sens littéral du terme, l'individu qui souffre de burn out est donc intégralement consommé, carbonisé.

Les médecins sont parmi les plus touchés par ce syndrome et en particulier les jeunes médecins et les internes. En cause : la surcharge de travail d'une part, mais surtout l'environnement de travail, c'est-à-dire les conditions dans lesquelles s'exerce celui-ci.

Voici quelques clés pour comprendre et prévenir un phénomène qui prend aujourd'hui des allures d'épidémie.

#### Médecins et internes : des professions à haut risque

Les premières études sur le burn out ont été réalisées chez les médecins après la révélation en 2003 par le Conseil de l'Ordre, d'un nombre anormalement élevé de suicides de médecins dans le département du Vaucluse (11 suicides sur 22 morts chez des médecins en activité dans ce département). Les enquêtes menées par la suite montraient un sur-risque de suicide de 2,37% chez les médecins par rapport à la moyenne de la population générale active. Depuis, différents travaux sont venus confirmer la réalité et l'ampleur du burn out au sein de la profession médicale. D'après une enquête française parue en juin 2010, plus d'un médecin généraliste sur 10 s'estimait en détresse psychologique ; d'après la dernière étude de l'URML d'Ile-de-France en 2007, plus de 50% des médecins déclaraient se sentir menacés par le syndrome, et 12% d'entre eux envisageaient même d'interrompre totalement leur activité.

#### Quels en sont les symptômes ?

Les symptômes du burn out sont variables d'un individu à l'autre. Certains souffriront de troubles du sommeil, de douleurs diffuses chroniques (lombalgies invalidantes...), d'ulcère, d'hypertension, etc. La fatigue chronique est quasi constante, et cette fatigue aura pour particularité de ne pas être améliorée par le repos ou les vacances.

Si les symptômes physiques sont relativement aspécifiques, le processus quant à lui, obéit à un schéma constant et bien codifié. Le burn out en effet, se compose constamment de 3 phases lentement évolutives (chacune pouvant se révéler plus ou moins marquée selon les individus). Ces 3 phases se succéderont dans le temps :

#### 1ère phase : l'épuisement émotionnel

Il s'agit d'une phase de désillusion progressive, insidieuse. La personne se sent « vidée nerveusement », elle est incapable d'accueillir une émotion nouvelle, et ressent une perte progressive du sens de son métier, et commence à remettre en cause de son propre système de valeurs.

#### 2ème phase : cynisme et déshumanisation des relations

Il s'agit d'une phase de retrait, marquée par un évitement de tout investissement relationnel. La personne commence à travailler un minimum, se protège vis-à-vis de l'environnement, évite au maximum les conflits.

#### 3ème phase : Baisse de l'accomplissement personnel

C'est la phase d'apathie et de désespoir, caractérisée par une baisse de l'estime de soi. La personne se sent totalement dépassée, incompétente, bien qu'elle puisse faire preuve paradoxalement de déni, de surinvestissement, et acharnement (qui sont des mécanismes de défense).



Soulignons enfin qu'il existe fréquemment dans la description de ces 3 phases une différence hommes/femmes : les femmes auront tendance en effet à souffrir davantage d'épuisement émotionnel que de cynisme, contrairement aux hommes qui eux, développeront plus cette attitude de retrait, de froideur apparente envers les patients. Ce comportement d'ailleurs représente un mécanisme de défense, mais un mécanisme inefficace puisqu'il n'empêchera pas la survenue de la 3ème phase.

#### Quelles sont les causes du burn out et pourquoi le phénomène prend-il autant d'ampleur aujourd'hui ?

De façon générale les professions soignantes sont particulièrement exposées à l'épuisement professionnel, car l'acte de soigner en lui-même comporte des difficultés propices à l'émergence du burn out, qu'il s'agisse des difficultés liées à la relation d'aide, de la confrontation fréquente à l'échec, à la maladie grave et à la mort, ou du risque d'erreur. Le métier de médecin comporte en plus des contraintes en terme d'horaires, de charge de travail et de responsabilité ; contraintes qui bien que de tout temps communément admises par l'ensemble de la profession, sont sans doute de nos jours vécues bien plus douloureusement, les médecins ne trouvant plus comme jadis leur contrepartie en terme d'admiration et de reconnaissance dans la société. Car ce sont pour une bonne part les mutations sociologiques intervenues ces dernières années et notamment l'évolution de la place du médecin qui expliquent en partie ce mal-être. De plus en plus les médecins s'estiment en effet « sous-bénéficiaires » en regard de l'investissement qu'ils mettent dans leur travail. Ils ressentent une perte d'autorité de la profession, associée à des exigences croissantes de la part des patients et de la collectivité, dans une approche de plus en plus consumériste de la médecine. On a aujourd'hui tendance à demander au médecin tout ce qu'il faisait avant, tout en le traitant comme si son domaine d'activité était limité. Ainsi de plus en plus, ce dernier estime qu'on lui demande des choses illégitimes.

Les limites de la médecine sont de moins en

moins souvent acceptées par les patients, l'aspect judiciaire tend à devenir pesant pour les professionnels qui disent craindre de plus en plus les litiges et adoptent en réponse une stratégie de médecine plus « défensive », ce qui est particulièrement le cas chez les jeunes générations. Nous sommes en effet dans une période de transition : les patients ont désormais accès à l'information, ils revendiquent leurs droits, et si cette autonomie des patients est profondément salubre, les choses ont pourtant besoin d'être recadrées, et le rôle du médecin reste à retravailler.

Les médecins se sentent en outre, de moins en moins soutenus en particulier par les instances administratives, dont les contraintes leur semblent toujours plus lourdes. S'y ajoutent de nouvelles difficultés organisationnelles comme des problèmes pour trouver des remplaçants et une pénurie démographique dans certaines régions.

#### Les internes et les jeunes médecins particulièrement exposés

Plusieurs études récentes ont permis de mettre en évidence une forte prévalence de ce syndrome chez les internes (prévalence allant de 40 à 50% en France selon les études). La dernière enquête réalisée en 2009 auprès d'internes français en oncologie mettait en évidence une prévalence du burn out de 44% parmi les étudiants\*.

Il faut tout d'abord savoir que le jeune âge et le manque d'expérience professionnelle sont des facteurs favorisant le burn out. Mais la majorité des études qui se sont penchées sur le burn out des internes ont avant tout pointé du doigt le contenu et le vécu des études médicales. De nombreux internes estiment en effet leur formation insuffisante et inadaptée à leur future pratique notamment en médecine générale ; et ceci malgré la longueur des études. Ils s'estiment également insuffisamment formés à la relation médecin/malades. En outre, jamais les étudiants n'ont entendu parler au cours de leur cursus de prévention de burn out alors qu'il s'agit d'une réalité préoccupante pour la profession. Enfin, sont également en cause le manque d'encadrement ressenti par les étudiants, le manque de soutien par les seniors et

pour beaucoup un grand sentiment de solitude au cours des études. Enfin, l'ambiguïté et le manque de clarté concernant les statuts d'interne et d'externe, associé à leur manque de reconnaissance contribuent eux aussi à l'émergence du burn out.

### Comment se préserver de l'épuisement ?

Sur le plan individuel, il paraît nécessaire de rappeler certaines règles d'hygiène de vie qui, bien qu'élémentaires apparaissent comme fondamentales pour des professionnels qui ont une lourde tendance à dénier leurs limites et à négliger leur propre santé. Les médecins baignent en effet toujours dans une forme de « culture médicale », un mythe de la toute-puissance qui les incite souvent malgré eux à ne pas s'écouter. Se préserver de l'épuisement c'est aussi apprendre à accepter la part d'incertitude et d'imperfection inhérente au métier, et surtout de savoir l'exprimer, y compris au patient, afin de rétablir un dialogue plus juste avec ce dernier.

Le maintien d'un équilibre vie personnelle/vie professionnelle apparaît également comme un élément fortement protecteur de l'épuisement, tout

comme la diversification de l'activité professionnelle et la rupture de l'isolement (FMC, activité syndicale, travail en association, groupes Balint...).

Une fois le burn out installé, le médecin en souffrance peut se tourner vers des associations comme l'AAPML qui a mis en place une plateforme téléphonique d'écoute ou l'APSS (Association pour la Promotion des Soins aux Soignants). Mais les moyens collectifs de prise en charge des confrères nécessitent encore d'être développés. Car le drame du médecin en souffrance est bien souvent qu'il ne sait pas vers qui se tourner et que l'on ne lui offre pas réellement de quoi se soigner. A noter qu'une consultation de prévention mise en place par le groupe Pasteur Mutualité devrait ouvrir ses portes début 2012.

Enfin, d'un point de vue collectif, il s'agit de lever les tabous qui pèsent encore sur la profession, d'oser aborder ce phénomène préoccupant du syndrome d'épuisement. Des cours d'informations et de prévention chez les étudiants, apparaîtra déjà comme une première mesure salvatrice pour l'ensemble de la profession.

### Conclusion

Freudenberger qui fut l'un des premiers à décrire le burn out parlait de « maladie de l'âme en deuil de son idéal ». Si la profession de médecin est aujourd'hui l'une des plus concernées c'est sans doute que l'idéal humaniste et les projections dont se nourrissent ceux qui ont de métier pour vocation, ne s'est jamais autant heurté aux contraintes de la réalité. Contraintes économiques, financières, et exigences croissantes de la société et des malades devenus « consommateurs de soins » ou « usagers ».

L'ampleur du phénomène de burn out chez les internes et jeunes médecins pourrait se traduire par un moindre investissement dans la profession, un repli sur la sphère privée que l'on observe actuellement chez ces jeunes générations, notamment en ce qui concerne l'installation libérale. En 2009 en effet, seulement 10 % des nouveaux inscrits à l'Ordre choisissaient l'installation, les autres préférant les statuts de remplaçant ou de salariés. Agir aujourd'hui pour prévenir le burn out en tenant compte des mutations sociologiques et redéfinir la place du médecin dans la société, c'est aussi tenter de préserver cet idéal de la profession qui menace de s'effriter.

**Dr Patricia Martel (auteur du roman « Burn out », éditions Atlantica)**

Pour en savoir plus, la thèse en ligne : <http://burnoutlelivre.wordpress.com/la-these/>

### « BURN OUT » : le roman (Atlantica)



*De la naissance d'une vocation jusqu'au sentiment de perte de sens du métier de médecin : que s'est-t-il donc passé ? Ce récit retrace le parcours d'une jeune interne. Son regard nous laisse entrevoir les enjeux et les dilemmes de la médecine actuelle, confrontée aux exigences sans limites de nos sociétés. Burn out raconte l'histoire d'un épuisement. L'épuisement d'un jeune médecin, mais plus généralement celui d'un individu pris au piège de ces injonctions au « toujours plus » véhiculées par notre époque.*



## THERAPEUTIQUES

### Quelques mots sur la réforme du médicament de 2011

Voilà les points relatifs à la loi du 29 décembre 2011 sur le médicament. Il est important de connaître les différents points législatifs portant sur les médicaments et à nos prescriptions.

La loi (n°2011-2012) du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, a pour objectif affiché de refondre le système de sécurité sanitaire des produits de santé en conciliant sécurité des patients et accès au progrès thérapeutiques.

La publication de cette loi, intervenant suite à l'affaire du Benfluorex – Mediator ° – (voir article spécifique dans la rubrique « Questions-Réponses »), s'inscrit selon le ministre de la santé, Mr Xavier Bertrand, dans une volonté de réforme en profondeur du dispositif de mise sur le marché et de contrôle du médicament.

La loi assure tout d'abord, la transposition de la directive communautaire (n°2010/84/CE) relative à la pharmacovigilance, et encadre davantage la publicité sur les dispositifs médicaux. Elle engage la lutte contre les conflits d'intérêts (avec la notion de liens familiaux). Ensuite, elle porte création de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) destinée à remplacer l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Dotée de nouveaux pouvoirs de sanctions administratives, l'Agence se voit également dotée d'un rôle central dans le nouveau système de pharmacovigilance. Enfin, la loi renforce le suivi des médicaments après l'autorisation de mise sur le marché.

Les principaux articles de la loi :

- l'article 2 renforce la transparence sur les liens d'intérêts ;

- l'article 3 prévoit des sanctions pénales en cas de manquement à la déclaration d'intérêts ;
- l'article 5 concerne la création et les prérogatives de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé - ANSM (remplaçant l'AFSSAPS) ;
- l'article 9 autorise et encadre la réalisation d'études après l'autorisation de mise sur le marché ;
- l'article 10 impose l'information de l'Agence en charge de la sécurité du médicament relative aux essais cliniques pré-autorisation de mise sur le marché ;
- l'article 11 fixe les conditions de suspension, de retrait ou de modification de l'autorisation de mise sur le marché ;
- l'article 12 concerne les obligations du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ;
- l'article 13 fixe les conditions d'interdiction de l'exportation de médicaments ayant fait l'objet d'un retrait d'autorisation de mise sur le marché ;
- l'article 14 est relatif aux conditions de fixation du service médical rendu (SMR) des médicaments ;
- l'article 16 encadre la préparation magistrale ;
- l'article 17 réforme le régime d'autorisation des préparations en pharmacie ;
- l'article 18 encadre les prescriptions en dehors des indications de l'autorisation de mise sur le marché ;

- l'article 19 concerne la prescription en dénomination commune ;
- l'article 20 prévoit la réduction des cas où un médicament est non substituable par un générique ;
- l'article 21 renforce le contrôle et les sanctions des prescriptions hors autorisation de mise sur le marché ;
- l'article 22 concerne l'interdiction de délivrance des médicaments ;
- l'article 24 est relatif aux achats de médicaments faisant l'objet d'autorisations temporaires d'utilisation ;
- l'article 26 modifie les procédures d'octroi des autorisations temporaires d'utilisation nominative ;
- l'article 27 concerne la prise en charge des produits prescrits hors autorisation de mise sur le marché par l'assurance maladie ;
- l'article 28 est relatif à la pharmacovigilance ;
- l'article 29 aborde la question de l'information et de la publicité sur le médicament à usage humain ;
- l'article 30 prévoit, à titre expérimental, un dispositif particulier concernant l'information par démarchage ou la prospection pour les produits de santé par les visiteurs médicaux ;
- l'article 31 concerne la garantie par l'industrie pharmaceutique du bon usage des médicaments ;
- l'article 32 est relatif à la certification des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation ;
- l'article 34 encadre la publicité pour les dispositifs médicaux ;
- l'article 35 concerne la conformité des dispositifs médicaux aux spécifications requises pour pouvoir être remboursés ;
- l'article 36 renforce le contrôle par les agents assermentés de l'assurance maladie de la conformité des dispositifs médicaux aux règles de facturation et de tarification ;
- l'article 37 prévoit un dispositif d'évaluation de certains dispositifs médicaux ;
- l'article 42 empêche la protection de l'apparence et de la texture des médicaments ;
- l'article 43 assure la protection des lanceurs d'alerte ;
- l'article 44 autorise la prescription de contraceptifs par les sages-femmes et la délivrance de médicaments contraceptifs dans les services de médecine de prévention des universités ;
- l'article 45 renforce le contrôle des exportations parallèles de médicaments ;
- l'article 46 assure l'information de l'ANSM de toute décision de suspension ou d'arrêt de commercialisation d'un médicament ;
- l'article 47 met en place un système d'astreinte pour les grossistes-répartiteurs ;
- l'article 48 autorise les chirurgiens-dentistes des centres et équipes mobiles de soins aux personnes en situation de précarité ou d'exclusion à délivrer gratuitement des médicaments.

Le Bureau National du SNJMG

## ENSEIGNEMENT – FORMATION

### De la Formation Continue au Développement Professionnel Continu, les médecins pourront-ils prendre le virage ?



#### Avis d'un médecin généraliste membre de la SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste)

Je suis médecin généraliste installée à Paris depuis plusieurs années et membre du bureau de la SFTG chargée de l'Amélioration de la Qualité des Pratiques et je peux le dire : oui, bien sûr, il existe une formation après la FMI (Formation médicale initiale) et un médecin peut s'en préoccuper dès le début de son activité professionnelle ! Mais cette formation continue est en passe d'évoluer, et peut-être, dans le sens d'une plus grande ouverture aux réalités de la médecine générale.

Deux mots tout d'abord sur la SFTG : c'est une société scientifique de médecine générale très attachée à la notion d'indépendance : indépendance vis-à-vis de l'industrie des produits de santé pour son fonctionnement et dans ses interventions, mais aussi à l'égard des syndicats et de l'Université. Son objet est la formation médicale continue et l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles. L'enjeu est le développement de la compétence scientifique, humaine et sociale du médecin généraliste.

#### Comment est organisée la Formation Professionnelle Continue en France ?

Le dispositif actuel permet à un généraliste installé ou remplaçant souhaitant approfondir ses connaissances et améliorer sa pratique sans passer par l'Université ni recourir à l'Industrie Pharmaceutique, de recourir à des programmes de FMC selon 2 voies :

##### • Les formations du FAF-PM

Le Fonds d'Assurance Formation de la Profession

Médicale (FAF-PM) est un outil créé en 1974 à l'initiative des syndicats médicaux représentatifs pour recevoir les financements publics destinés à la formation médicale continue.

Le FAF-PM a pour mission de gérer la contribution à la formation professionnelle des 120 000 médecins exerçant à titre libéral.

Il est géré par un conseil de gestion composé de 20 représentants délégués par les syndicats médicaux les plus représentatifs : (5 CSMF, 5 FMF, 5 MGF et 5 SML). Il offre deux types de prise en charge du coût des formations suivies par les médecins libéraux :

**Des formations collectives :** les participants s'inscrivent auprès d'associations de FMC qui délivrent gratuitement des formations interactives aux médecins exerçant à titre libéral. Les médecins ne sont pas indemnisés de leur perte de ressource.

**Des formations individuelles,** sous certaines conditions. Chaque médecin à jour de sa cotisation à la formation professionnelle peut bénéficier d'un remboursement de tout ou partie de ses frais en produisant les justificatifs au FAF-PM dans les 30 jours qui suivent la formation. C'est ainsi, par exemple, que le FAF rembourse les frais d'inscription au congrès de la Médecine Générale.

##### • La Formation Professionnelle Conventionnelle (FPC)

La FPC est pilotée par le CPNFPC, comité composé à part égale des représentants des syndicats signataires de la Convention et des représentants de l'UNCAM. Elle est gérée depuis 2001 par un organisme gestionnaire conventionnel (OGC) pari-

taire (médecins libéraux – Assurance Maladie) avec une dotation issue du fonds d'actions conventionnelles de l'Assurance Maladie.

Les formations proposées dans ce cadre sont sans aucun lien avec l'industrie pharmaceutique et sont indemnisées pour le médecin participant.

L'OGC assure le lancement des appels d'offre auxquels répondent les organisations de FMC comme la SFTG. Ces associations déposent des projets sous la forme de séminaires de 1 ou 2 journées qui sont expertisés par un conseil scientifique sur leur qualité scientifique et pédagogique et agréés par le CNFPC.

L'OGC indemnise les médecins libéraux participants. L'indemnisation pour perte de ressources est égale à 15 consultations par jour de formation dans les limites de 8 journées par an.

En 2010, la FPC a concerné 17 521 médecins libéraux dont 13 107 généralistes selon le rapport d'activité 2010 de l'OGC.

Le pourcentage de médecins généralistes formés a atteint 58% en 2010 selon les chiffres donnés par la DREES.

Les médecins remplaçants représentent 6% des médecins formés. Ce sont en majorité des jeunes femmes exerçant la médecine générale.

Les associations de formation doivent inscrire leurs projets dans des thèmes définis par le CNFPC. En 2010, 65 thèmes ont été proposés. Les 2 thèmes des formations les plus suivies ont été le suivi de l'enfant et de l'adolescent, le suivi de la femme et les pathologies gynéco-obstétriques.

À titre d'exemple, la SFTG a proposé au cours du dernier trimestre 2011 des séminaires de formation de 48H sur les thèmes suivants :

« Le dépistage et la prise en charge de l'obésité de l'enfant » ;

« La prescription des antibiotiques en médecine de premier recours » ;

« Allaitement maternel : conseiller les femmes » ;

« Les violences conjugales »...

**Ces séminaires de formation utilisent une pédagogie interactive et privilégient les échanges d'idées et d'expertise entre professionnels de santé. Les ateliers y tiennent une place importante. Dans la forme et dans l'esprit, ils sont très éloignés des cours magistraux ou des interventions d'experts hospitaliers. L'objectif est de répondre aux attentes des généralistes dans leur pratique quotidienne.**

Ces formations permettent un renforcement des connaissances, c'est leur premier objectif, mais elles présentent aussi un grand attrait pour les médecins participants : elles leur permettent de sortir de leurs cabinets médicaux pendant 48h, de rencontrer des collègues venus éventuellement d'autres régions, d'échanger dans une grande convivialité et un grand confort de dialogue tout en recevant une indemnité pour perte de ressources.

Cet impact « anti-burn out » est très important à préserver à l'heure où les généralistes ont encore un exercice relativement isolé et une activité très soutenue.

Tout cependant n'est pas parfait et s'il est vrai que la FPC est indépendante de l'Industrie Pharmaceutique, elle ne l'est pas de l'Assurance Maladie... Le CNFPC impose des thèmes et un cadre au-delà desquels les associations ne peuvent aller faute de financement.

Il en est ainsi des pathologies liées à l'Environnement ou de l'organisation du cabinet.

De même les formations ne peuvent pas adopter une approche pluri-professionnelle permettant à chaque professionnel de santé d'identifier son rôle.

Enfin un médecin peut renforcer ou acquérir des connaissances au cours d'une formation et ressentir une grande frustration quand il observe ce qu'il parvient à mettre en pratique dans son cabinet et avec ses patients... Les freins, les résistances

pour modifier et améliorer sa pratique sont importants.

**C'est tout l'objet du DPC, Développement Professionnel Continu, qui propose de se former pour améliorer la qualité de sa pratique et pas seulement pour renforcer ses connaissances.**

La loi HPST de 2009 introduit la notion de Développement Professionnel Continu (DPC) et précise qu'il « a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins. ».

Le nouveau Collège de la Médecine Générale constituée en 2010 a participé à la promotion du DPC, notamment pour l'analyse réflexive de la pratique qu'il propose, et parce qu'il privilégie une approche clinique et professionnelle basée sur les données de la pratique.

La démarche se rapproche de l'évolution réalisée ces dernières années dans les pays anglo-saxons où l'on est passé du concept de Continuing Medical Education (CME) à celui de Continuing Medical Development (CMD). On se déplace de la pédagogie et de l'actualisation des connaissances vers l'exercice professionnel et son amélioration.

En 2010, 1082 médecins ont participé à un programme de DPC soutenu par l'OGC.

Une grande majorité de ces médecins (79%) sont des généralistes.

Les méthodes d'analyse des pratiques les plus utilisées ont été l'audit clinique et les groupes d'analyse de pratiques entre pairs.

Bien sûr c'est une participation encore très faible. Il reste beaucoup de pédagogie à faire autour de cette notion de Développement Professionnel Continu.

Des décrets d'application permettant la mise en œuvre de ce DPC sont parus en janvier 2012. Il semble qu'il y ait des dissensions à ce sujet au sein même du gouvernement actuel.

Certains craignent que la politique du gouvernement au travers de la loi HPST ne vise qu'à réduire les fonds publics de la formation médicale continue.

Ce serait dommage car le DPC est vraiment une démarche pertinente pour améliorer les pratiques des médecins généralistes, démarche qui englobe évidemment la FMC.

Une politique de réduction des financements publics serait d'ailleurs difficilement justifiable alors que se multiplient les critiques contre l'emprise de l'Industrie Pharmaceutique sur le système de santé, que ce soit dans la recherche, auprès des experts et des universitaires, dans la FMI comme dans la FMC.

**Dr Isabelle Dupie**  
médecin généraliste

## CORRESPONDANCES – DISCUSSIONS

**Interview de Jaddo : Juste après dresseuse d'ours : Les histoires brutes et non romancées d'une jeune généraliste**

Qui êtes-vous ?

Bin une jeune médecin généraliste. Qui a un blog.

Pourquoi avez-vous voulu faire de la médecine générale ? Quelle est votre pratique actuelle ?

Comme tous les étudiants en médecine, je ne connaissais rien de la médecine générale, je ne connaissais que l'hôpital, et j'avais les mêmes a priori que tout le monde. « Des gripes et des gastros ».

Et puis j'ai rencontré un médecin généraliste. Je me suis dit « Waaah, la vache, il en connaît des trucs ». Et puis « Waaah, la vache, il explique bien ». Et puis « Waaaah, la vache, en fait c'est tout ça la médecine générale ?? ».

Du coup, je suis passée à l'opinion extrême inverse : « Trop dur, trop de choses à savoir, bien plus rassurant

de se cantonner à un petit domaine, trop de responsabilités, je pourrai jamais savoir tout ce qu'il faut. ».

Et puis quand même, il a bien fallu se rendre à l'évidence : c'était ça, la médecine que je voulais faire. J'en avais marre de ne voir les patients que dans un petit bout de vie, de ne plus avoir de nouvelles après leur passage à l'hôpital, de ne pas savoir comment les choses avaient tourné pour eux.



Je me suis rendue compte que je préférais de loin les moments où j'étais assise sur le lit du patient pour leur expliquer ce qu'on allait faire comme opération que ceux où j'étais debout au bloc à leur tenir la jambe en vrai.

Voilà pour la médecine générale.

Actuellement, je fais des remplacements fixes, toujours les mêmes jours, chez toujours les mêmes



médecins. Tous les avantages du remplacement, tous les avantages de l'installation, aucun inconvénient. C'est un mode d'exercice absolument parfait pour un début. Je profite.

Qu'est-ce qui vous a poussé à écrire votre blog ? Puis votre livre ?

J'avais plein d'histoires sur le cœur. Je me les racontais à moi-même, en boucle, je les racontais à mes amis pas médecins, je les racontais de temps en temps à des médecins, sur des mailing list médicales.

C'est celui dont je parle plus haut qui m'a dit plusieurs fois « Tu es douée pour raconter l'absurdité (de l'hôpital), tu devrais faire un blog ». J'ai longtemps repoussé à cause des problèmes de secret médical, je trouvais compliqué de devoir maquiller assez les histoires pour qu'elles ne soient pas reconnues, et pas trop pour qu'elles gardent leur sens. Et puis à force d'insister, il m'a convaincue.

En plus de lui devoir mon choix de carrière, je lui dois mon blog.

Mon livre, j'ai reçu un mail, un jour, de Guy Birenbaum.

Il disait « Bonjour, je suis éditeur. Je publie des livres. Je trouve votre blog passionnant, il faut qu'on parle ». Fin du mail.

J'ai cherché un peu, je me suis rendu compte que c'était un vrai type, que ça n'avait pas l'air d'une blague. On s'est appelés, on s'est rencontrés. J'y suis allée sur la pointe des pieds, pour voir. J'avais surtout deux grosses conditions : garder mon anonymat, et garder mon blog. Il m'a dit que je pouvais garder les deux. Et puis il m'a plu. Alors j'ai dit oui.

Qu'est-ce qui vous plaît le plus dans votre métier ?

Les gens.

Qu'est-ce qui vous déçoit, vous révolte et vous fait peur quant à votre pratique, votre carrière, la médecine générale actuelle... ?

Je n'ai pas une vision très globale de tout ça, je n'ai pas de grandes tirades politico-syndicalistes à faire. Je regarde pour le moment ma pratique de ma petite lorgnette, sur mon petit nombril.

Du coup, j'ai des réponses à cette échelle : je suis déçue quand j'ai mal géré une consultation, je suis révoltée quand un de mes patients se retrouve dans une situation intenable ou quand je bute sur des absurdités administratives, j'ai peur quand je ne comprends pas ce qui passe pour un patient. Rien de sensationnel.

Si vous aviez un conseil à donner aux futurs jeunes médecins généralistes quel serait-il ?

Y a des jours qui partent mal. Où on n'a envie de rien, où on n'a pas envie de travailler, où les consultations pourries s'enchaînent. Et plus une journée est pourrie, plus on bosse mal, et plus on bosse mal et plus la journée est pourrie.

Des fois, si on arrive à souffler un grand coup, à sortir de soi, à se regarder être pourrie et décider de ne plus l'être, on peut inverser la vapeur. C'est un coup à prendre, c'est parfois difficile à faire, mais c'est super gratifiant quand on y arrive. Il faut garder un œil ouvert sur les petites choses qui peuvent faire basculer la tendance, sur les petits bonheurs, sur les trois-fois-rien qui changent le regard qu'on a sur la journée. Et ces choses-là, elles viennent des patients.

Il faut toujours se souvenir de voir le patient comme un partenaire, pas comme un adversaire. C'est pas un duel, une consultation médicale.

## Voici deux extraits du blog de Jaddo que vous pouvez retrouver en ligne sur [www.jaddo.fr](http://www.jaddo.fr)

### Je sais que t'aimes pas donner des conseils médicaux, mais... 10 avril, 2011

« Un homme de cinquante neuf ans. Pas grand chose comme antécédents. Un poil de surpoids, une tension limite, et comme seul vrai truc notable un trouble du rythme cardiaque, non permanent, qui survenait par poussées, et que les différents traitements essayés n'ont pas réussi à régulariser.

Un jour, alors qu'il se penche pour faire un bidule sur le siège arrière de la voiture, il perd un bout de son champ visuel, il ne voit plus que la moitié gauche de ce qui se passe. Du côté droit de ses yeux, plus rien.

Il appelle pour avoir un avis médical.

« Allez aux urgences ophtalmo », qu'on lui dit.

A ce stade de la lecture, théoriquement, tous les étudiants en médecine qui ont passé la première année hurlent à la mort.

Certains non-médecins doivent même se gratter la tête d'un air circonspect.

Le médecin qui a envoyé un cas typique, parfait, impérial d'AVC aux urgences ophtalmo, c'est moi.

Je n'ai même pas l'excuse de la jeunesse, j'étais déjà interne. Sept ans d'études de médecine derrière moi, pour un cas clinique tellement évident

qu'on n'oserait pas le proposer à des troisième année sans leur rajouter des détails tordus qui n'ont rien à voir pour les perdre entre-temps.

Le type que j'ai envoyé aux urgences ophtalmo avec son AVC typique, c'était mon père.

Alors venez me demander pourquoi les médecins refusent de soigner leurs proches...

Je pense que j'ai eu un neurone rebelle, qui a commencé à clignoter pour m'envoyer des signaux.

J'ai appelé un ami médecin. Je me suis entendue dire au téléphone : « *Homme de 60 ans, surpoids, flutter ancien, hémianopsie latérale homonyme de survenue brutale et heu.... heu...* ».

J'avais encore 393 neurones qui s'accrochaient désespérément au décollement de rétine. Et puis j'ai entendu le silence de mon ami, et puis des mots qui parlaient : neuro, scanner, urgences. Je ne sais plus qui les a dits.

J'ai recollé mes neurones, j'ai dit « *Bon, il fait un AVC, hein ?* » et j'ai rappelé ma mère.

Ne vous vexez pas si un ami médecin refuse de vous donner son avis.

Au-delà même du fait que c'est putain de relou de devoir donner des avis à tout le monde, de devoir examiner le poignet de la grand-mère de son amoureux à un repas de famille, de devoir



faire comme si on n'entendait pas qu'on est en train de nous demander un avis l'air de rien entre deux verres de rouge, on ne peut pas soigner un proche.

On ne peut pas faire du bon travail, on a les neurones qui s'encafoillent, on a l'espoir que c'est pas grave qui vient submerger les données cliniques, et on se noie.

Je sais que les informaticiens viendront me dire qu'ils en ont marre de devoir donner leurs avis sur les bugs de l'imprimante de la cousine Sylvie, mais ce n'est pas tout à fait pareil. C'est relou pareil parce qu'on n'est pas payés pour bosser 24h sur 24, mais l'imprimante de la cousine Sylvie, ça ne vous remue pas les tripes, ça ne vous bouleverse pas, ça ne vous fiche pas une frousse à dégoupiller 393 neurones sur 394.

Après de deux choses l'une.

Y a les gens dont on se fout. Pour qui c'est pas le moment, pour qui on n'est juste pas en service.

Après mon braquage, alors que j'étais dehors en train de fumer une 57ème cigarette au milieu de l'équipe de flics, y a cette fliquette toute mignonne qui a lâché : « *C'est rigolo que je sois appelée chez un médecin ce soir, parce qu'avec la fièvre que je me tape depuis deux jours...* ».

Je l'ai regardée en coin, en tirant ma septième bouffée.

« *Non parce que j'ai cru que ça allait passer, mais là ça fait trois jours et puis j'ai maaal à la goorange !* »

J'ai expiré la fumée de ma septième bouffée, j'ai dit : « *Heu, vous seriez pas en train d'essayer de me gratter une consultation, là, par hasard ?* », elle a dit « *Huhu non non j'oserais pas voyons* », et j'ai pris ma huitième bouffée.

J'ai un truc, pour les gens dont on se fout.

Quand à une soirée un type me raconte son malaise et comment il est tombé dans les pommes et

comment il a vu des étoiles, je fais « *Haaaaaaaan ! Naaaaaaaan ! Ahlala putain comment t'as dû avoir peeeeur uhuhuh lol* »

Je rajoute beaucoup de « lol » et de « uhuhuh la fliiiiippe mort de rire », et la plupart du temps on me fout la paix.

Avec la grand-mère de l'amoureux qui m'explique son Pouteau-Colles en me montrant son plâtre, je dis « *Ohlala ça a pas dû être faciillle* ».

Ca, c'est la technique pour les gens dont on se fout.

A ma voisine d'en haut, j'ai dit que j'étais secrétaire, ça marche bien aussi.

Et puis y a les gens dont on ne se fout pas.

Y a ma nièce que j'ai vue avoir le mal des transports et que j'ai failli chialer tellement elle avait l'air malheureuse à avoir envie de vomir comme ça.

Y a ma sœur qui accouche et pour laquelle je guette mon téléphone portable toute cette nuit de garde, en flippant ma mère parce que je sors d'un stage d'obstétrique où j'ai vu mon lot de drames, et pour laquelle j'ai pleuré de soulagement pendant quinze longues minutes comme une idiote juste parce qu'elle avait accouché d'une enfant qui va bien comme dans 99,9% des cas. Ne nous demandez pas de vous soigner, nous ne sommes pas bons pour ça. ».

### Beyrouth. - 26 septembre, 2009

« En fait, j'aime pas les malades. J'aime bien les gens en bonne santé. J'aime bien les jeunes de 32 ans avec leurs biceps et leurs sourires et leurs certificats de Taekwondo. J'aime bien les femmes enceintes qui viennent parce qu'elles sortent de leur tête à tête avec leurs deux lignes roses dans la salle de bains, et qui m'écoutent à peine, parce qu'elles sont pleines d'images d'avenir. J'aime bien les certificats de bonne santé, j'aime bien les jeunes, j'aime bien les vaccins.

J'aime bien donner des conseils pour moucher le petit et passer vingt minutes à expliquer qu'il faut s'essuyer d'avant en arrière pour éviter les cystites.

Les malades sont nuls. Ils puent la souffrance et la peur, ils me vident de mon énergie, ils m'aspirent, ils m'effraient.

Ils sont un trou noir. Comme d'effroyables petits Shadoks : ils pompent, ils pompent, ils pompent, alors que j'ai si peu d'énergie à moi.

Ils ont mal et je ne suis pas une fée, ils veulent vivre alors qu'ils vont mourir, ils veulent comprendre et ils ne comprennent rien, ils ont peur et j'ai peur avec eux, ils ont mal et j'ai mal avec eux. Je n'ai pas tant d'énergie à donner, je n'ai pas assez de force vitale pour tous, et j'en crève.

Sauf les bons malades, que je peux supporter.

Le bon malade est poli. Il arrive à l'heure à son rendez-vous, il me dit bonjour Docteur avec un D majuscule. Il a mal avec le sourire, il affronte sa maladie le dos droit. Il m'écoute avec des grandes oreilles, il hoche la tête et il me fait des compliments sur ma façon d'expliquer les choses. Il pose des questions auxquelles je sais répondre, et il comprend les réponses. Il sait bien que je ne suis pas une fée, il me donne du Docteur à chaque coin de phrase et il m'écoute en silence. Il ne se plaint pas. Il est reconnaissant du peu que je fais pour lui, il accepte les examens, il accepte les incertitudes. Quand je lui propose un traitement, ça marche bien. Il n'a pas d'effets secondaires et le traitement fonctionne. Ou, si ça ne fonctionne pas, il me le cache parce qu'il sait qu'il me doit bien ça.

Le bon malade guérit. Il a une maladie bien propre, bien carrée, que je comprends et que je connais, et pour laquelle j'ai des médicaments qui marchent dans mes tiroirs à médicaments.

La mauvaise malade débarque à 19h sans rendez-vous, avec ses yeux de cocker battu et sa

souffrance qui empeste ma salle d'attente. Elle a huit maladies graves en même temps qui se battent pour savoir qui aura raison de ce corps chétif, elle est idiote, elle me fixe de ses yeux hagards et elle se fait frapper par son fils. Elle n'a pas pris les médicaments parce qu'elle n'avait pas de sous, elle n'a pas le compte-rendu de l'hôpital de sa dernière hospitalisation, elle ne comprend rien et elle a mal partout. Elle ne pose pas de questions parce qu'elle est trop bête pour en poser, elle ne sait pas répondre aux miennes, elle est sale et elle a les dents grises, elle boite sans que je sache pourquoi, avec sa béquille qu'aucun des antécédents notés dans les jolies cases de son dossier ne justifie.

Et alors que je suis capable de passer 35 minutes avec une jeune fille belle et enceinte, je raccourcis tout ce que je peux la consultation avec elle. Je botte en touche, j'envoie au diabéto, j'envoie au cardio, j'envoie au centre anti-douleur. Je lui parle mal, je l'engueule parce qu'elle devrait bien savoir que le vendredi c'est sur rendez-vous, je secoue la tête en soupirant quand elle ne sait plus quel médicament on lui a donné à l'hôpital, je rédige la lettre pour le diabéto en quatre longues minutes de silence. Je ne souris pas, jamais. Je ne demande pas si son fils a arrêté de la cogner parce que j'ai trop peur de la réponse.

Je suis médecin depuis deux jours et demi, j'ai vingt-huit ans, et je ne supporte déjà plus les gens malades. ».

## ELECTIONS AUX CONSEILS DEPARTEMENTAUX DE L'ORDRE DES MEDECINS

Chères consœurs, Chers confrères,

Vous allez bientôt être sollicités pour élire au niveau départemental vos représentants au Conseil de l'Ordre des Médecins : c'est l'unique occasion de vous exprimer car ensuite, aux niveaux régional et national, vous ne voterez plus car le système des grands électeurs fait que ce sont vos représentants élus qui voteront.

Depuis la loi HPST, le renouvellement des membres des conseils départementaux se fera tous les trois ans et pour 50% de leurs titulaires (jusqu'alors tous les deux ans pour 1/3 des conseillers titulaires). Le nombre de conseillers est proportionnel au nombre de praticiens inscrits au Tableau départemental. Les membres du conseil départemental sont élus par les médecins inscrits au tableau du département depuis au moins deux mois avant la date fixée pour les élections. Sont éligibles les médecins possédant la nationalité française ou ressortissants de l'un des Etats membres de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'Espace économique européen, sous réserve qu'il n'aient pas encouru de condamnation.

### SI VOUS VOULEZ UN CHANGEMENT À L'ORDRE DES MEDECINS, C'EST MAINTENANT QU'IL FAUT VOTER !

Les profondes mutations actuelles de notre profession ont conduits à constituer un groupe de réflexion qui a rédigé une Charte Ethique dénommée « **Ni dupes, ni soumis** » qui a retenu notre attention.

Sachez aussi que les Conseils Régionaux ont prononcé 87 % des interdictions d'exercice et 378 remboursements aux Caisses en 2010.

Mais les Conseils Départementaux ont beaucoup d'autres missions : ils détiennent de nombreux postes de représentation dans de nombreuses instances : PDS, SROS, auprès de l'ARS, CA des hôpitaux, commissions universitaires... Ils exercent aussi des missions de contrôle des contrats de remplacements, d'associations de médecins, de vos diplômes, de la délivrance des licences de remplacement...

### ELISEZ DES REPRESENTANTS QUI ONT LA MEME PRATIQUE QUE VOUS ILS SAURONT MIEUX VOUS DEFENDRE !

Comment voter ?

- le mode de choix des candidats est différent de celui des précédents scrutins : il faut mettre une croix devant vos choix et non plus barrer les noms non désirés.

- les candidats ayant eu le plus de voix (croix) sont élus : **NE METTEZ DONC DES CROIX QUE POUR LES CANDIDATS QUI SE REFERENT A LA CHARTE « NI DUPES, NI SOUMIS »** ; sinon vous donnez des chances aux autres candidats de passer devant par d'autres votes que les vôtres.

P.S. : nous sommes conscients que les élections sont déjà passées dans certains départements : ce sera pour la prochaine fois.

Le SNJMG

## Les communiqués de presse de décembre

### Démographie médicale ou démagogie médicale ? - mardi 6 décembre 2011

Avec l'approche de l'élection présidentielle, les propositions politiques se multiplient au sujet de la démographie médicale. Malheureusement, elles relèvent trop souvent de la facilité et du manque d'imagination. Ainsi, sous des prétextes plus ou moins nobles, des politiques de la majorité (Philippe Vigier, Véronique Besse) comme de l'opposition (Martine Aubry, Chantal Rodrigo), entendent traiter les nouvelles générations de médecins comme les officiers de santé au XIXe siècle. Or, comme le rappelle régulièrement le SNJMG, les mesures coercitives évitent d'aborder les vraies questions de fond (difficultés à l'installation, évolution des modes d'exercice,...) et ne présentent aucune garantie d'efficacité (cf : les différents rapports officiels produits ces dernières années en France et les exemples canadiens et allemands où les mesures coercitives ont plombé la démographie médicale de ces pays). Il n'y a pas que des propositions de coercition qui sont formulées actuellement. Voici, 10 jours, le ministre de la Santé a annoncé, lors d'un congrès médical, un relèvement du numerus clausus pour 2012 (après quelques années de stabilité). Le SNJMG (syndicat indépendant d'internes, de remplaçants et de jeunes installés en Médecine Générale) qui plaide contre tout « effet yoyo » concernant le numerus clausus, s'étonne de l'augmentation (même symbolique) de ce chiffre, décidée sans concertation préalable... De plus, à l'instar des étudiants en médecine, des doyens des Facultés de médecine et des 2 autres syndicats d'internes, le SNJMG déplore que depuis le relèvement (nécessaire) du numerus clausus enclenché au début des années 2000, le gouvernement n'ait proposé que de rares et limitées mesures d'accompagnement concernant la formation des futurs médecins. Et ce déficit d'accompagnement est encore plus cruel pour la Médecine Générale qui reste le parent pauvre de l'université médicale française alors que la moitié des étu-

dants formés sont destinés à cette spécialité ! Le SNJMG n'acceptera pas que la qualité de formation des médecins soit sacrifiée en France et que le désengagement de l'Etat se poursuive au profit de l'industrie pharmaceutique. De plus, il va sans dire que compte tenu de la durée des études médicales, cette augmentation n'aura pas d'effet avant 2020/2025 alors que le nombre de médecins en exercice va baisser jusqu'en 2020. En revanche, l'urgence en matière de démographie médicale est de mieux organiser l'exercice ambulatoire afin de dégager du "temps médical" pour permettre aux médecins en exercice de répondre aux besoins de la population. Le SNJMG appelle les élus et les dirigeants politiques à plus de responsabilité en matière de démographie médicale et d'accès aux soins. Loin des annonces démagogiques, le SNJMG renouvelle sa demande d'un vrai débat national sur l'organisation et le financement de notre système de santé.

### Experts et conflits d'intérêts : une lueur d'espoir à l'AFSSAPS - lundi 12 décembre 2011

Alors que le trop timide projet de loi sur la réforme du médicament peine à trouver un consensus au Parlement, une nouvelle en provenance de l'AFSSAPS ravive l'espoir de tous ceux qui combattent pour la santé publique et contre l'influence de l'industrie pharmaceutique. Son directeur général, Dominique Maraninchi, a refusé de publier jeudi des recommandations du groupe de travail sur les anti-infectieux concernant les infections respiratoires hautes, en raison de liens d'intérêt de plusieurs experts avec des laboratoires pharmaceutiques. En signe de protestation, bon nombre de ces derniers ont présenté leur démission. Certes, cette décision est motivée par la menace d'une annulation des recommandations mais suite à la tentative avortée de promotion au sein de l'agence d'une ancienne responsable des laboratoires Servier, la décision du Pr Maraninchi va incontestablement dans le bon sens.

Comme le rappelle le Formindep, les experts démissionnaires avaient estimé, lors de l'épidémie de grippe A (H1N1) en 2009, que l'on pouvait prescrire du Tamiflu à l'ensemble de la population, aux moindres signes de refroidissement, tout en précisant qu'il n'y avait aucune preuve de son efficacité.

Le SNJMG, syndicat indépendant rassemblant internes, remplaçants et jeunes installés et salariés en Médecine Générale, apprécie donc que le Directeur Général de l'AFSSAPS reste ferme après la démission de ces experts et affirme qu'il existe bien des experts indépendants de l'industrie pharmaceutique, contrairement au discours de celle-ci (discours qui contamine depuis trop longtemps les autorités sanitaires du pays et qui a même été prononcé par le ministre de la Santé, lors de la discussion du projet de loi). Reste donc à convaincre les responsables politiques afin qu'ils améliorent le projet de loi et les associations de patients afin qu'elles comprennent qu'il n'est pas éthiquement possible de porter la voix des malades tout en se faisant financer par l'industrie pharmaceutique.

### Médicament : la réforme passe, les affaires reprennent ... - lundi 19 décembre 2011

L'Assemblée Nationale va voter ce soir en dernière lecture le projet de loi réformant le médicament en France.

Cette loi devait être selon les annonces du ministre de la Santé la concrétisation d'un «après Médiateur», alors que la précédente crise du médicament (Vioxx, ndlr) n'avait donné lieu à aucune suite en France...Hélas, le texte de loi que va voter l'Assemblée Nationale, se retrouve amputé de nombreuses améliorations apportées par l'Assemblée Nationale (en première lecture) et par le Sénat.

Ainsi disparaissent de la loi toutes les améliorations concernant la prévention des conflits d'intérêts et le renforcement des droits des victimes. De plus, le texte de loi :

- s'interdit toute avancée en matière d'actions de groupe ;
- ne permet plus l'application directe des

mesures portant sur l'obligation d'essais contre comparateurs actifs pour l'admission au remboursement des médicaments ;

- ne prévoit aucun moyen public pour la mise en place d'un corps d'experts indépendants.

Si l'industrie pharmaceutique est exclue en tant que telle des instances de la nouvelle agence du médicament, elle pourra toutefois y siéger par l'intermédiaire d'associations de patients qu'elle finance. Enfin, le texte fait quasiment l'impasse sur la question de la formation des médecins. Comme pour illustrer ce dernier point, la faculté de médecine de Clermont Ferrand, désormais connue pour être l'une des plus « accueillantes » vis à vis de l'industrie pharmaceutique, a organisé le 03 décembre 2011 les journées universitaires de la médecine générale ambulatoire (JUMGA) dans lesquelles pas moins de 15 entreprises du médicament et/ou de dispositifs médicaux étaient parties prenantes !

Il convient alors de rappeler que le ministre de la Santé s'était opposé devant l'Assemblée Nationale à tout amendement visant à interdire la présence de l'industrie pharmaceutique dans les facultés de médecine. Il s'était alors aligné sur l'avis du président d'une organisation d'internes de médecine. Ce que n'avait pas précisé le ministre, c'est que cette organisation d'internes de médecine était financée (directement et/ou indirectement) par des entreprises du médicament et/ou de dispositifs médicaux...

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG), seul syndical médical «junior» indépendant des entreprises du médicament et de dispositifs médicaux, condamne donc le vote d'une réforme au rabais qui ne pourra que justifier la maxime : «on change tout... pour que rien ne change !».



## DYNAMIQUE SYNDICALE

**Les ANaJMG**

**Assises Nationales des Jeunes Médecins Généralistes se dérouleront à l'automne 2012.**

*Pour une médecine moderne au service du patient.*

Soucieux de garantir l'égalité de l'accès aux soins dans notre pays, les jeunes médecins généralistes appellent à une refonte de l'exercice ambulatoire. Ils n'acceptent pas que la médecine d'aujourd'hui puisse maintenir une organisation régie par les principes d'hier, alors que son objet, son ampleur, ses procédures et ses aspects économiques ont subi de profondes modifications au cours des cinquante dernières années.

Une telle réforme sera couronnée de succès uniquement si les jeunes médecins deviennent eux-mêmes les artisans de ce changement. Elle sera couronnée de succès si l'on remet au centre du débat l'élément principal du système de santé : Le Patient lui-même. Elle nécessitera également que le débat se déplace hors des arguments financiers vers le seul critère valable d'efficacité : **la qualité des soins.**

**Médecins, patients et qualité de soins** constituent la triade autour de laquelle s'organisent les premières Assises Nationales des Jeunes Médecins Généralistes (ANaJMG) à Paris en automne prochain.

**Les ANaJMG ont pour but de réunir des centaines de jeunes médecins généralistes internes, remplaçants et jeunes installés - autour des principaux experts du système de santé, des institutions, et des élus afin qu'ils confrontent leurs expériences, leurs interrogations et leurs propositions.**

Les ANaJMG aborderont en séances plénières trois thèmes politiques forts : l'exercice pluri-professionnel et trans-disciplinaire comme base de l'organisation de la médecine de demain, le rôle des médecins remplaçants dans le système de soins, et la question des conflits d'intérêts en santé publique.

Au cours de ces Assises des ateliers pratiques informeront les jeunes médecins généralistes sur les perspectives de carrières en médecine générale, sur les formalités et les modes d'exercices de la médecine générale (installation, remplacement, fiscalité du médecin libéral).

Le rapport de ces Assises sera bien sûr porté à la connaissance de tous les décideurs publics et reflètera les craintes, les espoirs, et les idées des jeunes généralistes.

**Trois structures associées :**

1. Le **SNJMG**, porte-parole des jeunes médecins généralistes

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes a été créé en 1991. Il rassemble internes en Médecine Générale, jeunes médecins généralistes hospitaliers, médecins généralistes dans les cinq premières années de leur installation en médecine ambulatoire (libérale ou salariée), médecins généralistes collaborateurs et médecins généralistes remplaçants.

Cette large fédération est destinée à lutter contre les clivages de la profession de médecin généraliste, à promouvoir cette discipline dans ses divers aspects, à aider chacun à se lancer et à réussir dans le mode d'exercice et la pratique qu'il a choisis.

2. **Jeunes-MG** : Le réseau social des jeunes médecins généralistes

Jeunes-MG est un réseau social en ligne qui relie



les jeunes médecins généralistes en fin de formation initiale et en début d'activité professionnelle, quels que soient leurs modes d'exercice : Internes, FFI, praticiens contractuels, attachés ou assistants hospitaliers, chefs de clinique, remplaçants, collaborateurs, installés en libéral ou salariés...

Le réseau Jeunes-MG permet aux jeunes médecins généralistes d'échanger entre eux sur leur profession et leurs conditions d'exercice dans un environnement dédié et sécurisé.

**3. medecin-remplacant.com**

[www.medecin-remplacant.com](http://www.medecin-remplacant.com) est le premier site gratuit de petites annonces entre confrères. C'est un moyen simple, rapide et efficace de trouver un remplaçant pour les vacances ou les gardes. Il constitue également le catalyseur des débuts professionnels du jeune médecin remplaçant.

**Le déroulement de la journée :**

L'organisation de la journée, entre séances plénières et rencontres structurées sur les espaces partenaires, permet des échanges permanents entre les jeunes médecins généralistes et les autres acteurs du monde médical.

Les interventions sont entrecoupées de pauses longues, afin de permettre aux internes de rencontrer les partenaires sur les espaces.

Pour favoriser les échanges avec les partenaires, l'accueil et les buffets se déroulent au milieu des espaces partenaires. La journée se terminera par une soirée festive.

**Les thèmes de la journée :****Des conférences portant sur les sujets suivants :**

La coopération des professionnels de la santé en médecine ambulatoire : *Présentation des moyens d'exercices coordonnés. Le regroupement dans un même lieu est-il indispensable ?*

La démographie médicale et liberté d'installation et d'exercice : *Etat des lieux et projection démographique. Présentation d'une enquête nationale sur les médecins généralistes remplaçants.*

**Des tables rondes – débats sur les thèmes suivants :**

*Transfert ou délégation des tâches ?! Quel est le rôle du médecin généraliste dans un système de soins coordonné ?*

*Comment équilibrer la répartition des médecins et améliorer l'accès aux soins ? Coercition ou incitation !?*

*Lobbying industriel et formation des médecins : L'omniprésence de l'industrie pharmaceutique dans notre formation initiale et continue est-elle compatible avec l'éthique et la déontologie médicale ?*

**Des ateliers Pratiques :**

- 1 - Comment « monter » une maison pluriprofessionnelle ?
- 2 - La relation médecin malade à l'heure d'Internet
- 3 - Comment faire sa thèse ?
- 4 - Clinicat et recherche en médecine générale: infos pratiques
- 5 - Protection sociale du médecin libéral : infos pratiques sur les cotisations et prestations sociales (retraite, maladie, maternité, paternité, et prévoyance).
- 6 - Le salariat en médecine générale.
- 7 - L'installation en médecine générale : démarche et gestion d'un cabinet.
- 8 - La fiscalité de « l'entreprise » libérale.
- 9 - Le burn out du jeune médecin.
- 10 - Présentation des mesures incitatives à l'installation.
- 11 - La FMC : Comment se former avec le nouveau dispositif DPC.
- 12 - La Responsabilité Civile Professionnelle : Comment s'assurer ?
- 13 - Comment choisir son logiciel médical ?
- 14 - Parent et médecin: comment concilier une vie de famille avec l'exercice de la médecine ?

**Retrouvez toutes les informations sur les ANaJMG sur le site :**

**<http://anajmg.fr/>**

## L'affaire du Mediator en quelques mots

L'affaire éclate le 16 novembre 2010 quand l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) **confirme les premières estimations** d'une enquête de la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) : le médicament distribué par les laboratoires Servier entre 1976 et 2009 aurait fait plus de 500 morts (fourchette basse de l'estimation) et donné lieu à 3500 hospitalisations pour des lésions des valves cardiaques.



Il ressort des deux rapports de l'IGAS (inspecteurs Aquilino MORELLE, Anne-Carole BENSADON et Etienne MARIE) et des missions parlementaires de 2011 que :

> le benfluorex est (et a toujours été) un coupe-faim amphétaminique, exposant aux dangers de la norfenfluramine comme y exposent la fenfluramine (ex-Ponderal<sup>o</sup>) et la dexfenfluramine (ex-Isomeride<sup>o</sup>) ;

> camouflant sa véritable nature, le laboratoire Servier a réussi à le faire passer auprès des autorités sanitaires, un temps pour un hypolipémiant et un autre temps pour un hypoglycémiant (alors qu'il n'a jamais fait la preuve de son efficacité dans l'une ou dans l'autre de ces indications), obtenant ainsi son remboursement à taux plein par la collectivité ;

> jusqu'à son retrait du marché en 2009, l'Agence du médicament (bureaucratie sanitaire où les conflits d'intérêts sont presque omniprésents à l'époque) a fait preuve d'une inexplicable tolérance vis-à-vis du Mediator, donnant le bénéfice du doute non aux patients et à la santé publique mais au laboratoire pharmaceutique, et restant indifférent (voire méprisant) devant les signaux envoyés par différents lanceurs d'alerte depuis 1977 ;

> et pendant tout ce temps, les ministres chargés de la sécurité sociale et de la Santé (de droite comme de gauche) ont géré avec lenteur les déremboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant, aboutissant dans le cas du Mediator à des résultats inverses de ceux recherchés.

## Le SNJMG dans le suivi du Mediator et de la réforme du médicament

Dans l'affaire du Mediator, la plupart des organisations de professionnels de santé se sont montrées discrètes voire totalement muettes. Seuls la revue Prescrire et 2 syndicats de Médecine Générale (SMG et SNJMG) se sont véritablement investis dans ce suivi (NB : c'est aussi le cas de la revue Pratiques et de l'association Formindep, mais il s'agit d'organisations ouvertes aux non professionnels de santé : patients, sociologues, etc...).

### Catalogue des actions du SNJMG :

- ouverture en novembre 2009 sur le réseau Internet, Jeunes-MG, d'une revue de presse sur le retrait du marché du Mediator (avec notamment l'annonce du livre d'Irene Frachon au printemps 2010 et la reprise de la tribune libre de Gerard Bapt dans « Le monde » du 24.08.2010) ;
- communiqués de presse réguliers (le premier dès la confirmation du scandale le 16 novembre 2010) ;
- interventions dans les médias « grand public » (ex : le chat Internet organisé par le Journal Le Monde avec le Dr Frachon du CHU de Brest le 16 novembre 2011) ;
- mise à disposition des jeunes médecins généralistes de fiches pratiques : CAT face à un patient ayant pris du Mediator (publiée 15 jours avant l'arrivée du courrier d'information de l'AFSSAPS chez les médecins généralistes), décryptage de la liste de 77 produits et de 12 classes médicamenteuses soumis à une surveillance particulière (publié dès le lendemain de l'annonce de sa publication par l'AFSSAPS et plusieurs jours avant l'arrivée du courrier explicatif – moins pratique - aux médecins généralistes) ;
- premières propositions de réforme du système du médicament dès la veille de la remise du premier rapport de l'IGAS ;
- représentation des Jeunes-MG (internes, remplaçants et jeunes installés et salariés en Médecine Générale) lors de l'audition le 17.03.11 des organisations de médecins par la mission de l'Assemblée Nationale (présidée par le député PS, Gérard Bapt) ;
- interventions lors du débat parlementaire de la loi de réforme du médicament à propos de la formation médicale initiale (voir article spécifique).

## Beaucoup de bruit pour rien ?

### L'affaire du benfluorex (Mediator) a été (enfin !) le détonateur pour une évolution du système du médicament en France.

Ce n'était pas gagné à l'avance (et au final, il reste encore beaucoup à faire...) car les précédents scandales médicamenteux (ex : cerivastatine en 1997, rofecoxib en 2004) n'avaient connu aucune suite en France et comme l'avait prouvé la fameuse gestion de la grippe A, la notion de conflit d'intérêt était quasiment inconnue des autorités sanitaires françaises en 2009 (à commencer par la ministre de la Santé de l'époque, Mme Bachelot).

Déjà, le début de l'affaire est révélateur : c'est pour démontrer que la thèse du Dr Frachon était fausse qu'un sous responsable de l'AFSSAPS, pendant les congés d'Août 2010 de la Direction Générale, a demandé une enquête auprès de la CNAMTS (selon François Autain, un membre du ministère de la Santé aurait qualifié cette décision de « connerie »)...

Ensuite, il y a eu les critiques du Pr Acar sur l'enquête de la CNAMTS (critiques relayées par la presse médicale, presse financée par l'industrie pharmaceutique qui avait passé sous silence le livre du Dr Frachon), puis les limites imposées aux Assises du médicament chargées de préparer la future réforme

légale et les modifications apportées en toute discrétion au rapport de la mission sénatoriale par le Pr Griscelli, lié au laboratoire Servier. Enfin, il y a le procès en diffamation intenté par le laboratoire Servier à l'encontre du quotidien « Libération » et le député, Gérard Bapt (NB : cette liste non exhaustive ne reprend que le fait les plus médiatiques)...

Signalons également que si quelques têtes sont tombées suite à l'affaire... elles n'ont pas roulées pour autant dans la poussière ! Anne Castot, ancienne chef du service de la gestion des risques et de l'information sur les médicaments de l'AFSSAPS, a été nommée à l'Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France responsable de la coordination des vigilances. Elle est donc responsable de la pharmacovigilance de 12 millions de personnes. Pourtant le Figaro signale qu'en « 2001, elle reçoit une proposition de Servier pour étudier les effets secondaires du Mediator. Elle attend plusieurs années avant d'accepter la mise en place de l'étude qui verra finalement le jour en... 2006, pour se terminer en 2009 ».

D'autre part, Carmen Kreft, ancienne chef du département de pharmacovigilance de l'AFSSAPS, a rejoint l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) en tant que chargée de mission auprès de la direction scientifique. Or, le Figaro rappelle que « l'ARS est un établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle notamment des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Quant à l'INPES, il s'agit d'un établissement public administratif placé sous la tutelle du ministère de la Santé. Sa mission : mettre en œuvre les moyens de prévention et d'éducation décidés par le gouvernement ».

Ces deux nominations ont fait suite à celle de Fabienne Bartoli, ancienne adjointe au directeur général de l'AFSSAPS qui a été propulsée l'été dernier directrice de cabinet de Chantal Jouanno, ministre des Sports. Selon le Figaro, « cette ancienne conseillère technique au ministère de la Santé s'était illustrée pour sa gestion calamiteuse de l'affaire du Mediator ». Enfin, Jean Marimbert (HEC, Sciences Po, ENA), l'ancien patron de l'Agence du médicament débarqué lui aussi de l'AFSSAPS a réussi à se recaser.

Au printemps 2011, ce conseiller d'État a été nommé en Conseil des ministres secrétaire général du ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative auprès de Luc Chatel, ministre de l'Éducation.

De même, sans une fuite dans la presse en novembre 2011, Catherine Rey-Quinio, l'une des médecins de l'AFSSAPS qui a été chargée, entre autres, de l'évaluation du Mediator depuis 1998 jusqu'à son retrait du marché en 2009, a failli être promue directrice produit en oncologie, hématologie, immunologie et néphrologie auprès de l'Agence...

Y a-t-il un lien ? Mais quelques jours après cette histoire, le nouveau directeur général de l'AFSSAPS, Dominique Maraninchi, a refusé de publier les recommandations du groupe de travail sur les anti-infectieux concernant les infections respiratoires hautes, en raison de liens d'intérêt de plusieurs experts avec des laboratoires pharmaceutiques. En signe de protestation, bon nombre de ces derniers ont présenté leur démission. Comme le rappelle le Formindep, les experts démissionnaires avaient estimé, lors de l'épidémie de grippe A (H1N1) en 2009, que l'on pouvait prescrire du Tamiflu à l'ensemble de la population, aux moindres signes de refroidissement, tout en précisant qu'il n'y avait aucune preuve de son efficacité...

**Quant au projet de loi de réforme du médicament, il a connu bien des vicissitudes.**

Le projet de loi dévoilé le 1<sup>er</sup> août 2011 était déjà moins ambitieux que les recommandations émises



par les différents rapports officiels. Au final, le texte de loi (définitivement voté le 20 décembre 2011) se retrouve amputé de nombreuses améliorations apportées par l'Assemblée Nationale (en première lecture) et par le Sénat.

Il permet quelques avancées appréciables, pointées par le sénateur honoraire (Front de Gauche), François Autain, président de la mission sénatoriale :

- Les déclarations publiques d'intérêts sont mieux encadrées et s'imposent à un plus grand nombre d'experts. Tout manquement à cette obligation est soumis désormais à sanction.
- Les avantages consentis par l'industrie aux professionnels de santé, mais aussi aux sociétés savantes, aux usagers du système de soins, à la presse et aux médias ainsi qu'aux éditeurs de LAP (logiciel d'aide à la prescription) doivent être rendus publics.
- Le contrôle par l'Agence de la publicité relative aux médicaments faite par les firmes est renforcé.
- La création d'une base publique informatique des maladies et de leurs traitements confiée à la HAS.
- La publicité des débats des commissions, conseils et instances d'expertise est améliorée.
- Les lanceurs d'alerte sont protégés par de nouvelles dispositions législatives.
- Le contrôle des dispositifs médicaux est renforcé.

**Malheureusement, le SNJMG déplore que disparaissent de la loi toutes les améliorations concernant la prévention des conflits d'intérêts et le renforcement des droits des victimes.**

De plus, le texte de loi :

- s'interdit toute avancée en matière d'actions de groupe ;
- ne permet plus l'application directe des mesures portant sur l'obligation d'essais contre comparateurs actifs pour l'admission au remboursement des médicaments ;
- ne prévoit aucun moyen public pour la mise en place d'un corps d'experts indépendants.

Si l'industrie pharmaceutique est exclue en tant que telle des instances de la nouvelle agence du médicament, elle pourra toutefois y siéger par l'intermédiaire d'associations de patients qu'elle finance.

Enfin, le texte fait quasiment l'impasse sur la question de la formation des médecins (voir article spécifique).

**L'industrie pharmaceutique et les études de médecine**

Dans un article publié dans le Canard enchaîné du 02.11.11 sur les « liaisons incestueuses des labos avec les facs », la journaliste Brigitte Rossignaux illustre de quelques exemples choisis l'intrusion de l'industrie pharmaceutique dans la formation des futurs médecins.

De son côté, le SNJMG, en tant que syndicat indépendant d'Internes de Médecine Générale, a publiquement dénoncé deux situations particulièrement exemplaires.

> La première concerne la faculté de médecine de Bordeaux.

En septembre 2011, la faculté de médecine de Bordeaux a organisé avec le laboratoire Sanofi une réunion pour les internes de médecine générale sur leur futur exercice professionnel. Cette réunion, présentée comme validante pour le troisième cycle des internes de médecine générale a eu lieu dans un amphithéâtre de la faculté. Et pour y participer, la faculté incitait les internes à s'inscrire auprès des représentants commerciaux du laboratoire Sanofi !



> La seconde concerne la faculté de Clermont-Ferrand, connue depuis l'article du Canard Enchaîné pour être l'une des plus «accueillantes» vis à vis de l'industrie pharmaceutique.

Cette faculté a organisé le 03 décembre 2011 les journées universitaires de la médecine générale ambulatoire (JUMGA) dans lesquelles pas moins de 15 entreprises du médicament et/ou de dispositifs médicaux étaient parties prenantes !

Dans les deux cas, le SNJMG a interpellé les ministres concernés (Santé, Enseignement Supérieur) : cette interpellation est restée longtemps sans réponse.

Finalement, le 09 janvier 2012, le ministre de la Santé, interrogé sur France Inter sur le cas de la faculté de Clermont Ferrand, a reconnu que de la réforme du médicament n'avait pas pour but d'empêcher l'influence de l'industrie pharmaceutique sur la formation des futurs médecins...

**Le SNJMG : un syndicat pour faire vivre l'indépendance des Jeunes MG !**

Avec le Syndicat de la Médecine Générale (SMG), le SNJMG se distingue dans le paysage syndical médical (junior et senior) comme étant un syndicat indépendant.

Un syndicat indépendant, certes ; mais qu'est-ce que cela signifie ?

L'indépendance pour une organisation médicale se démontre par le respect des conditions suivantes :

- organisation financée par au moins 50% de ses mandants (pour le SNJMG, s'est habituellement plus de 60% voire plus de 85%) ;
- organisation non soumise/non financée (directement ou indirectement) à/par un parti politique, un autre syndicat, la Sécurité Sociale, l'Université, l'hôpital public, les cliniques privées, l'industrie pharmaceutique (médicaments) et/ou des dispositifs de santé (pansements, prothèses, orthèses, bas de contention...), l'Ordre des Médecins et les Unions Régionales de Professions ;
- organisation non intégrée à / non constituée d'un regroupement dont au moins un des participants ne respecterait pas les 2 conditions précédentes.

Des conditions contraignantes notamment en termes de ressources financières mais si l'indépendance a un coût, elle n'a pas de prix !

**Alors, soutenez le SNJMG en nous adressant votre bulletin d'adhésion 2012 !**

Le Bureau National du SNJMG



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



Communiquez avec de nombreux contacts



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



Gérez en toute liberté les informations de votre profil

MÉDICAPÉDIA

SANTÉ PUBLIQUE

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

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



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

## RECRUTEMENT DE DEUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR LE SITE DE CARHAIX

Le Centre Hospitalier Universitaire de Brest - 7 sites - 2 593 lits et places - 5 500 personnes - recrute pour son site de Carhaix

### DEUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES

- À temps plein ou à temps partiel.
- Activité polyvalente au sein de trois unités de médecine polyvalente à orientation cardiologie et gériatrie et d'une unité de SSR.
- Les équipes médicales de ces unités regroupent actuellement 3 médecins spécialistes (2 cardiologues, 1 endocrinologue) et 4 médecins généralistes.
- Elles disposent sur le site d'un plateau de radiologie (scanner échographie), de biologie, d'équipes chirurgicales (orthotraumatologie, chirurgie viscérale gynéco-obstétrique), d'un service d'urgence et d'une USC.
- Possibilité de développer un partenariat privilégié avec un des services hospitalo-universitaires du CHRU du site de Brest.
- Contexte de renforcement de l'offre médicale et de mise en place de nouvelles activités.
- Formation : possibilité de prise en charge de la capacité de gérontologie par l'établissement dans le cadre de la FMC.



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



ESSR Le Prieuré (Groupe UGECAM) – Etablissement de soins de suite et de réadaptation à vocation gériatrique situé à 5 mn de la gare Fontainebleau-Avon (40 mn de Paris - gare de Lyon) recrute :

### UN MEDECIN GENERALISTE A TEMPS PLEIN POUR SA FUTURE HDJ 160 lits dont 30 de cancérologie

#### Principales pathologies prises en charge :

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

#### Equipe pluridisciplinaire :

4 médecins, infirmiers, aide-soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeute, diététiciens, psychologues et assistantes sociales.

Renseignements : médecin coordonnateur Dr Amselem au 01 64 69 62 16

#### AVANTAGES CONVENTIONNELS

PARTICIPATION AUX GARDES ET ASTREINTES MEDICALES

#### 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

## 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



**GIVRAND,**  
commune vendéenne, située à 1 km du littoral, le calme de la campagne au bord de la mer,  
2 000 habitants (pôle urbain de 25 000 habitants)

## RECHERCHE MEDECIN(S) GENERALISTE(S) en activité libérale

Contact  
02.51.55.13.31

[www.givrand.fr](http://www.givrand.fr)

Actuellement présence d'un généraliste, infirmières et kinésithérapeute.  
Possibilité d'intégrer le pôle médical privé.  
Présence sur la commune d'une maison de retraite et d'une maison de vie Perce-Neige.

Contacts :  
Mairie de Givrand email : [mairie.givrand.85@wanadoo.fr](mailto:mairie.givrand.85@wanadoo.fr)  
Dr Jack-Olivier Brayet email : [jo.brayet@orange.fr](mailto:jo.brayet@orange.fr)

## RECHERCHE MEDECIN GENERALISTE

Suite au départ pour raisons personnelles de son médecin, la Commune de Siaugues-Sainte-Marie (43300) recherche un **remplaçant pour compléter l'équipe médicale locale** (une pharmacie, un kinésithérapeute, un ostéopathe et un cabinet d'infirmières).

Nous nous engageons à trouver et à aménager un local à la convenance du futur médecin. Un préfinancement de l'équipement spécifique peut-être envisagé.

CONTACT  
MAIRIE de Siaugues-Sainte-Marie - Place Claude PIERRE-FAVARD  
43300 SIAUGUES-SAINTE-MARIE  
Tél : 04.71.74.21.42 - Email : [mairie.siauguestemarie@wanadoo.fr](mailto:mairie.siauguestemarie@wanadoo.fr)  
Pour plus d'informations : <http://www.mairie-siaugues-stemarie.fr>

*Le bassin de vie de la commune compte  
1800 personnes.  
Il existe un fort potentiel  
de développement.*

## Jolie commune du littoral varois, recherche médecin généraliste



Activité Libérale ; locaux en centre-ville à 50 mètres de la plage mis à disposition gracieusement.  
Conditions de travail et de vie exceptionnelles.  
Population CSP++, âge moyen 60ans en hiver, décuple de mai à octobre,  
possibilité de développer des médecines alternatives, homéopathie, nutrithérapie, aromathérapie,  
dermatologie anti-Age médecine du sport, acupuncture etc.....

■ Contact : Madame Benzaquen - 06 43 07 70 61

## LE CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'EYGURANDE RECRUTE



Hôpital associatif de 130 lits spécialisé dans la psychiatrie pour adultes situé en Haute-Corrèze avec des structures externes jusqu'à Brive La Gaillarde. Pôles de compétences :

psychotiques, déficitaires profonds, gérontopsychiatrie, USIP (Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie) et les 20 premiers lits en UMD (Unité pour Malades Difficiles).



### UN MEDECIN GENERALISTE

#### Mission générale :

- le diagnostic, la prévention et le soin des affections médicales des patients hospitalisés,
- la gestion des urgences psychiatriques en lien avec le spécialiste lors des astreintes.

### UN MEDECIN ASSISTANT GENERALISTE EN PSYCHIATRIE

#### Mission générale :

- sous la direction et la responsabilité des médecins psychiatres, ce médecin assistant travaille en collaboration avec les généralistes, les psychologues, les assistantes sociales, le personnel infirmier pour la prise en charge au quotidien du patient selon les consignes du psychiatre référent.
- l'objectif de cette embauche est d'engager le candidat vers la reconnaissance de médecin psychiatre.

#### Formation requise pour les deux postes :

Ces emplois sont accessibles aux personnes possédant le diplôme d'état de Docteur en Médecine. L'inscription au tableau de l'Ordre des Médecins est obligatoire.

**Tous nos projets sont sur**  
[www.ch-eygurande.fr](http://www.ch-eygurande.fr)

Contact : CV et lettre de motivation à envoyer à : CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'EYGURANDE  
Directeur : Daniel ESTIVAL, [sdirection@chpe.fr](mailto:sdirection@chpe.fr) - Chef du personnel : Sophie GABRIEL MAURY, [sgabriel@chpe.fr](mailto:sgabriel@chpe.fr)  
19340 MONESTIER-MERLINES - Tél. : 05.55.94.32.07 - Fax : 05.55.94.37.50

**ADIM**  
EST



À Laneuveville-devant-Nancy, rue Lucien Galtier (départementale 400, à 10mn de Nancy centre),  
9 cabinets médicaux et paramédicaux de 88 à 108 m<sup>2</sup>, sur 3 étages.  
Maison médicale pluridisciplinaire : opticien et pharmacien au rez-de-chaussée.

Ascenseur, parking privé de 36 places, accessibilité handicapés, climatisation, quartier résidentiel.

**LIVRAISON DÉBUT 2014.**

Contact :  
Monsieur Sébastien THOURET  
Mail : [sebastien.thouret@vinci-construction.fr](mailto:sebastien.thouret@vinci-construction.fr)  
Téléphone : 06 14 42 19 47

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](mailto:ccb.janville@wanadoo.fr)

GRUPE  
PASTEUR  
MUTUALITE



# FACE AUX RISQUES

Groupe Pasteur Mutualité s'associe à Catherine Destivelle, alpiniste, masseur-kinésithérapeute et femme de passion



PRÉVOYANCE  
COMPLÉMENTAIRE SANTÉ  
ASSURANCE DE PRÊTS  
RC PROFESSIONNELLE  
ASSURANCE VIE  
HABITATION / AUTO

Pour plus d'informations

**0 810 229 505**  
Prix d'un appel local

[www.gpm.fr](http://www.gpm.fr)

Création real-crea.com pour Delattre&Co - Photo : René Robert

# GARDER CONTACT - ADHERER

[www.snjmg.org](http://www.snjmg.org)

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

N'hésitez pas, nous sommes là pour ça !



Chères consœurs, chers confrères,

Toute l'équipe du SNJMG vous adresse ses vœux de bonne année : que cette année 2012 vous soit heureuse dans vos projets personnels et professionnels !

Sur le plan syndical, cette nouvelle année sera marquée par de nouvelles menaces sur notre liberté d'installation et d'exercice.

En effet à l'approche de l'élection présidentielle prévue en mai 2012, les propositions politiques se multiplient au sujet de la démographie médicale. Comme d'habitude, elles relèvent trop souvent de la facilité et du manque d'imagination...

Ainsi, sous des prétextes plus ou moins nobles, des politiques de la majorité (Philippe Vigier, Véronique Besse) comme de l'opposition (Martine Aubry, Chantal Rodrigo), entendent nous traiter comme les officiers de santé au XIXe siècle, au mépris de notre vie de famille et des principes fondamentaux de notre république.

Le SNJMG persiste dans son rôle de force de propositions pour faire évoluer le système de santé au service des patients et des soignants, mais n'hésitera pas à lancer une mobilisation générale pour défendre notre liberté professionnelle.

A bientôt

Le Bureau National du SNJMG



Macéo éditions



source image : [www.geluck.com](http://www.geluck.com)



Retrouvez toutes les informations sur les ANAJMG sur le site

[anajmg.fr](http://anajmg.fr)