


# JEUNE MG

Le Bulletin des Jeunes Médecins Généralistes

Snjmg

N°9  
Juillet 2014



■ **Exercer en groupe :**  
quels en sont les avantages  
et les inconvénients ?

■ **Vous avez-dit ROSP ?**

## Actualités

Université - Internat  
Remplacement - Installation

## Vie professionnelle

Recherche en médecine générale  
Thérapeutique  
Enseignement - formation  
Correspondances - Discussions

## Perspectives

Communiqués de Presse  
Dynamique syndicale

## Questions-Reponses

# Vous avez un projet d'installation ?



<https://installation-liberale.lamedicale.fr>

Site dédié à **l'installation**  
et à la **1<sup>ère</sup> activité libérale**  
des professionnels de santé



ESPACE PERSONNEL  
**GRATUIT**



**ACTUALITÉS,**  
VIDÉOS, TÉMOIGNAGES,  
ARTICLES JURIDIQUES...



ACCOMPAGNEMENT ET  
CONSEILS JURIDIQUES  
DE NOTRE **EXPERT !**



**C**ONTENU COMPLET  
**ADAPTÉ** À VOTRE PROFESSION

Contactez-nous :

 [www.lamedicale.fr](http://www.lamedicale.fr) et  application iPhone  
et Android  
 N°Cristal 0 969 32 4000  
APPEL NON SURTAXE



# SOMMAIRE

## EDITORIAL

p. 05

Transversal-été

## ACTUALITES

p. 06/11

### Université - Internat

Stages inter-chu et stages à l'étranger pendant l'internat : est-ce possible ?

### Remplacement - Installation

Exercer en groupe : quels en sont les avantages et les inconvénients ?

## VIE PROFESSIONNELLE

p. 12/23

### Recherche en médecine générale

« Surmédicalisation, surdiagnostics, surtraitements »

### Thérapeutique

Le point sur les anticoagulants : entre nouveautés et médicaments de référence

### Enseignement - formation

Internes en Médecine Générale : « stagiaires » ou spécialistes en formation ?

### Correspondances - Discussions

Martin Winckler : Ecrivain Médecin engagé

## PERSPECTIVES

p. 24/31

### Communiqués de Presse

du printemps 2014

### Dynamique syndicale

Lettre d'info du SNJMG mai 2014

## QUESTIONS-REPOSES

p. 32/33

Vous avez-dit ROSP ?

## ANNONCES DE RECRUTEMENT

p. 35

**Directeur de Publication :** Théo Combes

**Rédactrice en chef :** Marine Crest-Guilluy

**Comité de lecture :** Théo Combes / Marine Crest-Guilluy / Patricia Martel

**Responsables Rubriques :** Ida Marina Lanzani, Emilie Frelat, Patricia Martel, Marine Crest, Camila Rovira, Béatrice Laudet, David Azerad.

**N°ISSN :** 1243-3403

**N° de commission paritaire :** 74148

**Régie publicitaire :**

Reseauprosante.fr / Macéo éditions

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

Imprimé à 1450 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.

LA FHF RÉUNIT  
PLUS DE  
**1 000 HÔPITAUX**  
ET  
**1 000 STRUCTURES  
MÉDICO-SOCIALES**



**WWW.FHF.FR >  
OFFRES D'EMPLOI**

PLUS DE **30 000**  
**OFFRES D'EMPLOI**  
ET PLUS DE **15 000 CV**

LA RUBRIQUE  
OFFRE D'EMPLOI  
PERMET AUSSI  
L'ACCÈS A UN  
**ESPACE CANDIDAT**



# Transversal-Été



Tant attendu, l'été semble enfin débiter !

Avec son rythme un peu différent, cette saison est l'occasion d'un approfondissement de la réflexion.

Car la réflexion de notre syndicat ne prend pas de vacances et, au contraire, en profite pour préparer la rentrée sur des bases solides.

L'été est aussi l'occasion de rencontres sur un mode plus décontracté.

C'est donc à Saint-Malo que les ressources humaines nationales et régionales du SNJMG se réunissent ces 27, 28 ou 29 juin en Comité Directeur, avec à l'ordre du jour :

- L'engagement du SNJMG pour l'amélioration des conditions professionnelles et universitaires des internes ;
- Les propositions du SNJMG pour l'amélioration de la protection sociale des médecins, en particulier des remplaçants ;
- Les réflexions du SNJMG concernant l'évolution du modèle économique et professionnel du médecin généraliste ;
- La préparation des Assises Nationales des Jeunes Médecins Généralistes auxquelles le SNJMG vous invite cet automne.

C'est le moment de faire la synthèse de toutes les discussions que nous avons eu au cours de l'année, de toutes les rencontres auxquelles le SNJMG a participé, de tous nos échanges avec les diverses organisations professionnelles, mais aussi avec les internes, les remplaçants et les médecins de terrain.

En effet, tout en affirmant clairement et fermement ses valeurs et ses convictions, le SNJMG est résolument ouvert au débat, à l'échange, à des discussions sans tabous et sans langue de bois. C'est ainsi que le SNJMG se positionne avec constance

vis-à-vis de ses partenaires et « concurrents » dans un esprit de complémentarité et de transversalité.

Cette attitude de dialogue multidirectionnel, unique dans le paysage syndical médical français, tient sans doute à la structure même du Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes. Ouvert aux étudiants qui se sentent déjà une vocation pour la Médecine Générale, aux internes en Médecine Générale qui souhaitent porter haut et fort leurs revendications, aux remplaçants qui y retrouvent un lieu de convivialité, aux collaborateurs qui essuient les plâtres de ce nouveau statut, aux installés depuis moins de 10 ans qui restent attachés à leurs idéaux, la caractéristique principale du SNJMG est bien la TRANSVERSALITE.

Parmi nos instances, c'est le Conseil National qui incarne particulièrement bien cet esprit de TRANSVERSALITE. Cette mailing-liste de discussion permanente regroupe en effet :

- Les membres du Bureau ;
- Les délégués régionaux ;
- Des sympathisants ou membres d'honneur invités par le Bureau ;
- Des personnalités qualifiées, parfois issues d'autres structures ;
- Tout adhérent du syndicat qui souhaite participer à ce débat d'idées.

(Vous y avez donc votre place. Faites-vous connaître !)

Au plaisir de vous retrouver très bientôt. Bon été à tous,

**Théo COMBES,**  
Président du SNJMG  
president@snjmg.org

## Université – Internat



### Stages inter-CHU et à l'étranger pendant l'internat : est-ce possible ?

Faire un stage en province ou à l'étranger pendant son internat, y avez-vous pensé ? C'est possible, pas facile, mais possible. La principale difficulté ne sera pas de s'adapter à une autre région ou un autre pays, mais plutôt, tel un cavalier ou un athlète, de franchir les différentes haies administratives...



L'arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales stipule que les internes peuvent demander à réaliser 3 stages dans une subdivision autre celle dans laquelle ils sont affectés. Cela exige « au préalable **la validation de 2 stages** au sein de la subdivision d'origine. L'interne doit adresser un dossier de demande de stage, 4 mois avant le début du stage concerné, pour accord, au directeur de l'UFR de médecine ou au président du comité de coordination des études médicales. Ce dossier comporte :

- Une lettre de demande ;
- Un projet de stage ;
- L'avis du coordonnateur interrégional du DES d'origine ;
- L'avis du coordonnateur local du DES d'origine ;
- L'avis du responsable médical du lieu de stage agréé ou du praticien agréé-maître de stage d'accueil, ainsi que celui du directeur de l'établissement hospitalier ou de l'organisme d'accueil.

Le directeur de l'UFR donne son accord pour la réalisation de ce stage après consultation des représentants de l'ARS, du CHU de rattachement et des internes. ».



Pour les stages à l'étranger, l'interne, « lorsqu'il a **validé au moins 4 stages** de formation, peut demander à réaliser 1 ou 2 stages consécutifs à l'étranger dans le cadre des stages qu'il peut effectuer hors subdivision. La constitution du dossier est identique [...] ».

En pratique, il vous faut d'abord trouver un service qui veuille bien de vous, puis rédiger une belle lettre de motivation.

Le 9 décembre 2013 s'est tenue au siège de l'AP-HP la commission concernant les stages inter-CHU et à l'étranger pour le semestre mai-novembre 2014. Cela concernait aussi bien les internes de province sollicitant un stage à l'AP-HP que les internes d'Ile-de-France sollicitant un stage hors-subdivision (province et étranger).

A noter que les internes d'Ile-de-France sollicitant un stage dans les DOM-TOM (13 internes)

n'étaient pas concernés par cette commission : c'est la commission de Bordeaux qui s'en occupe. Cette commission comprenait Mme Guerrier, responsable du Bureau des Internes de l'AP-HP, Pr Artiguou (cardiologie, Avicennes), Président du Groupe de l'Internat, une secrétaire du Bureau des Internes de l'AP-HP, une stagiaire de l'AP-HP, une représentante du syndicat des Internes en Pharmacie, un représentant du syndicat SIHP, une représentante du syndicat SRP et une représentante du syndicat SNJMG. Cette commission s'est tenue de 14h30 à 17h00.



En ce qui concerne les 140 internes de province sollicitant un stage à l'AP-HP, 13 refus ont été effectués. Il s'agissait d'internes ayant un avis défavorable de leur CHU d'origine (c'est-à-dire pas de financement alloué par leur CHU), ou d'internes postulant dans le même service (seuls les « gros » services peuvent accueillir plusieurs inter-CHU). Dans ce cas de doublon pour le même service, l'interne ayant fait le plus de Master I ou II, ayant des lettres de recommandation, une lettre de motivation manuscrite et/ou étant le plus âgé dans son internat, a été privilégié. Ceci sous réserve de la validation par le CHU d'origine (certains CHU de province n'ont pas encore effectué leur commission locale).

Sur les 140 dossiers, 1 seul interne de médecine générale, demandant à faire un stage d'endocrinologie, a été refusé (dossier refusé par son CHU d'origine). De même, 1 seul interne de médecine

d'urgence, demandant à faire un stage d'urgences, a été refusé pour les mêmes raisons.

En ce qui concerne les internes d'Ile-de-France souhaitant faire un stage en province ou à l'étranger, il a fallu départager les 20 financements disponibles au total pour 23 demandes de stage en province et 13 demandes à l'étranger (dont 4 internes en pharmacie). 13 financements ont été attribués à des demandes en province, 7 l'ont été pour des demandes à l'étranger (dont 2 pour des internes en pharmacie). Une liste complémentaire a été dressée.

1 interne de médecine générale demandant un stage en maladies infectieuses dans le nord de la France a obtenu une réponse favorable. Aucune demande à l'étranger n'a été effectuée par un interne en médecine générale.

Les critères retenus étaient : la présence d'une lettre de recommandation, le fait d'avoir fait des DU ou Master I/II, une lettre manuscrite, la présence d'un CV, être interne en fin de cursus (10<sup>e</sup> semestre), un projet professionnel de carrière universitaire, éventuellement à l'AP-HP ou en région parisienne, avec un poste attendu, un service prestigieux avec le souhait d'apprendre une technique novatrice et les stages en Chine.

Les motivations personnelles (famille dans la région de stage), la curiosité ou ouverture d'esprit, les localisations dans le sud de la France, les lettres trop longues, le fait de vouloir travailler en libéral, les hyperspécialisations, le souhait de s'installer en province, les « jeunes » internes en 6<sup>e</sup> semestre, étaient des critères plutôt défavorables. Une demande d'un interne de médecine générale pour le semestre d'hiver 2014-2015 pour réaliser un stage ambulatoire chez le praticien aux Pays-Bas est encore à l'étude.

En conclusion, si un interne de médecine générale souhaite faire un stage en province ou à l'étranger, il est également possible de demander une disponibilité pour convenances personnelles, ou de terminer son internat et de voler de ses propres ailes.

**Béatrice LAUDET**

# Remplacement - Installation



## Exercer en groupe : quels en sont les avantages et les inconvénients ?

### Différents types de pratiques

Pour le(a) jeune médecin généraliste venant de terminer sa formation initiale, les possibilités d'exercice sont particulièrement vastes : pratique libérale en remplacement, installation en solo, duo, cabinet de groupe uni ou multidisciplinaire, salariat en centre de santé, hôpital, PMI, clinique, etc. Voir un panachage de toutes ces possibilités !

Actuellement, celles et ceux qui choisissent d'exercer la médecine générale dite « classique » plébiscitent l'exercice en groupe, de façon monodisciplinaire ou pluridisciplinaire, à l'inverse de leurs aînés ayant le plus souvent choisi une installation solitaire. Pourtant, les regroupements de professionnels de santé ne sont pas récents : selon une étude présentée en mai dernier, 45 % des cabinets de groupe existant en Ile-de-France ont été créés avant ou pendant les années 80, et 80 % avant 2000. Contrairement aux idées reçues, en leur sein exercent une majorité de spécialistes (40 % vs 30 % de généralistes), et seuls 25 % ne sont composés que de généralistes.\*

### Des regroupements en augmentation

Selon l'IRDES, la proportion de médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe est passée de 43 à 54 % entre 1998 et 2009, principalement du fait de l'installation des moins de 40 ans : 80 % ont déclaré exercer en groupe en 2009. Ces derniers tendent d'ailleurs à privilégier des cabinets monodisciplinaires, avec davantage d'associés que leurs confrères plus âgés (en 2009 près de la moitié des cabinets de groupe ne comptaient que deux médecins, à peine 10 % dépassant quatre médecins).\*\*



Cette tendance générationnelle semble liée au rejet de l'isolement intellectuel, au souci de partager les tâches administratives, de faciliter la continuité des soins et leur permanence, tout en permettant de réduire la charge de travail, prendre des congés ou travailler à temps partiel- ce d'autant plus que la profession se féminise.\*\*\*



Et pourtant l'installation en secteur libéral ne concerne finalement qu'un(e) jeune médecin généraliste sur dix dans les dix années suivant



l'obtention du diplôme ! Il y a donc un décalage notable entre les aspirations de cette nouvelle génération, et les opportunités qui s'offrent à elle. Aucune étude nationale n'ayant été menée sur ce sujet, on peut toutefois se permettre d'évoquer quelques raisons qui freinent cette installation : une charge de travail jugée trop importante, une charge administrative trop lourde, une formation mal adaptée à l'exercice libéral, une réticence à se faire « entrepreneur » en plus de sa pratique médicale, à intégrer un cabinet médical sans avoir au préalable été en stage ou remplaçant en son sein, mais également une probable méconnaissance des subtilités, avantages et inconvénients des nombreuses pratiques possibles.

### Les nouvelles formes de regroupement

Le regroupement professionnel est encouragé par les pouvoirs publics depuis la première définition des centres, maisons et pôles de santé en 2007, par la suite modifiée dans la célèbre « loi HPST » du 21/07/2009. Différentes aides ont ainsi été créées, notamment financières (investissement, aide au démarrage et/ou au fonctionnement) et techniques (études de faisabilité, ingénierie du projet), provenant d'acteurs multiples tels que l'État, l'Assurance Maladie ou les collectivités territoriales. Parmi ces aides, les médiatiques « ENMR » (pour Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération) ayant concerné à titre expérimental 151 projets depuis 2012, visant à rémunérer au forfait des actions d'amélioration de l'organisation des soins, de collaborations entre professionnels, ou encore de nouveaux services aux patients.

- Les « centres de santé » sont principalement gérés par des organismes à but non lucratif ou des collectivités territoriales, et sont historiquement mutualistes, municipaux, associatifs ou encore congréganistes. Ils sont environ 800 sur tout le territoire à avoir une activité médicale ou médico-polyvalente. Les médecins y sont habituellement salariés.



© SH - Association SPARADRAP

- Les « Maisons de Santé Pluridisciplinaires » (MSP) sont définies dans l'Article L. 6323-3 du Code de la Santé Publique comme « une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens, (qui) assure des activités de soins (...) dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. » Elles sont environ 300 sur le territoire national, et au moins 250 supplémentaires devraient voir le jour dans les trois ans qui viennent. À terme, les pouvoirs publics estiment que près de 3 000 structures de ce type devraient être créées en France.
- Les « pôles de santé » correspondent à des regroupements de plusieurs organisations de soins territoriaux, pouvant être des maisons, centres, établissements de santé, ou encore des services ou groupements médico-sociaux.

### Les subtilités des MSP

- S'il ne demande pas la « labellisation officielle MSP », tout regroupement de médecins et/ou d'autres acteurs de santé peut néanmoins s'autoproclamer « maison de santé ».



- Par contre, dès que des financements publics sont sollicités, le cahier des charges doit être respecté : au moins deux médecins généralistes, au moins un « paramédical », et un projet de santé validé par l'ARS.
- Il est possible de bénéficier des mêmes avantages qu'une MSP sans s'être physiquement regroupés dans une « maison » ! Cela s'appelle alors une « équipe de soins de premier recours » (anciennement « hors les murs »).
- Dans tout cabinet de groupe, les professionnels de santé peuvent exercer sous le régime libéral, mais aussi salarié : les différentes structures juridiques (SCM, SEL, SISA ...) le permettent tout à fait. D'ailleurs certaines maisons de santé sont déjà passées de l'un à l'autre, et ce dans les deux sens ! Cela dépend donc des desideratas des professionnels de santé exerçant en commun.

Et surtout : l'exercice de groupe peut bien évidemment exister en dehors des centres, maisons et pôles de santé ...

Les cabinets de groupe ont divers avantages et inconvénients selon que l'on se place du point de vue du patient, du personnel de santé ou de la collectivité locale.





## Les avantages

- Couverture géographique potentiellement plus large.
- Organisation de la permanence des soins facilitée, avec amplitudes horaires potentiellement plus importantes, tout en respectant des horaires individuels convenables.
- Systèmes d'informations (« logiciels médicaux ») performants et permettant le partage des données.
- Partage des tâches administratives, possibilité de nommer un « gérant » (idéalement rémunéré).
- Possibilité de faire des « staffs ».
- Des locaux souvent neufs, répondant aux normes handicapés, avec parfois une salle de repos voire de réunion.
- Possibilité de tourner entre des salles de consultation non nominatives.
- En cas d'exercice pluridisciplinaire : offre de soins élargie, coopération interprofessionnelle.
- Pour les MSP : Possibilité de prétendre aux aides publiques lors du montage du projet, et aux ENMR.

## Les inconvénients

- Plus large territoire couvert = distance d'accès aux soins plus importante pour les patients, mais également pour les visites à domicile !
- Investissement financier initial plus important.
- Contrairement aux idées reçues, pas de mutualisation des charges (loyer, personnel, matériel) à attendre : elles sont souvent équivalentes voire plus importantes que pour un exercice solitaire.
- Partage du secret médical entre davantage d'acteurs.
- Apprentissage du travail de groupe, de la communication voire du « management ».
- Nécessité d'un « leader » et/ou d'un gérant compétent.
- Nécessité impérieuse de remplacer les professionnels de santé désireux de partir afin de conserver la stabilité financière et une charge de travail acceptable.
- En cas d'exercice pluridisciplinaire : trouver un fonctionnement équitable avec les autres professionnels de santé pouvant exercer différemment (secteur 1/2/NC, besoins de matériel, assujettissement à la TVA...).
- Pour les MSP :
  - Complexité administrative de l'obtention des aides financières et techniques.
  - Surveillance du fonctionnement par les ARS (respect du cahier des charges du projet de santé).

Il faut donc retenir qu'il n'existe pas de modèle parfait à recopier, mais bien de nombreux outils permettant d'exercer différemment selon ce que chaque praticien désire ou imagine. La majorité des jeunes médecins installés récemment le sont en groupe, mono ou pluridisciplinaire. Il reste à vérifier l'impact qu'auront les aides à la création de MSP et les ENMR sur l'installation des nouveaux arrivants dans les prochaines années.

**Dr David AZERAD**

- \* Monographie de 30 cabinets : analyse fonctionnelle et économique. URPS Ile-de-France 2014. Gilles Poutout, Jérôme Koch.
- \*\* La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. IRDES Questions d'Economie de la Santé, n° 157 - Septembre 2010. François Baudier, Yann Bourgueil, Isabelle Evrard, Arnaud Gautier, Philippe Le Fur, Julien Mousquès.
- \*\*\* Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux synthèse de la littérature. Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine 2011.

# Recherche en médecine générale

## Surmédicalisation, surdiagnostics, surtraitements

Exposé du Dr Alain Siary aux rencontres Prescrire – Paris, 23 mai 2014

Le risque de surdiagnostics, alias diagnostics par excès est un élément à prendre en compte dans la prise en charge des patients pour leur éviter des surtraitements, alias traitements par excès. Le surdiagnostic peut se définir comme la transformation en pathologie de phénomènes biologiques, ou la découverte d'anomalies d'imagerie qui sont sans implications délétères pour la santé des individus. La conséquence en est la prescription de traitements inadaptés ou inutiles avec des conséquences néfastes pour la santé individuelle et la santé publique.

Ce dysfonctionnement de la médecine constitue la surmédicalisation. Elle consiste à fabriquer des pathologies à partir de phénomènes sociaux, psychologiques, ou d'anomalies issues du champ de la biologie ou de l'imagerie médicale. Elle se manifeste de façon protéiforme et est associée à plusieurs phénomènes qui contribuent à la provoquer et la développer. Elle est intimement liée au développement des dépistages, des notions de facteurs de risque, du façonnage des maladies, de la manipulation des normes biologiques.

La croyance en l'efficacité générale des dépistages des cancers et des maladies chroniques est mise à mal quand on analyse les données issues de la littérature scientifique quand elle n'est pas biaisée par des conflits d'intérêt.

### Surdiagnostic et dépistage des cancers

#### Exemple du cancer de la prostate

Le dépistage du cancer de la prostate est largement pratiqué par le dosage du PSA avec un seuil d'intervention à 4 ng/ml. 2 essais ont été publiés récemment :

- Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer screening trial : USA : PLCO.

- European Randomised Study of screening Prostate Cancer : 7 pays européens ERSPC publiés dans le NEJM de mars 2009



L'étude américaine ne montre aucune réduction de mortalité (1). L'étude européenne implique la nécessité de dépister 1408 patients de 50 à 74 ans pendant 9 ans, pour éviter 1 décès.

La proportion des cancers Gleason 6 est plus importante dans le groupe dépistage (72 %) que dans le groupe contrôle (54 %). (2)

Au prix des faux positifs et du surdiagnostic, avec les effets secondaires de la biopsie, dans l'essai ERSPC, environ 75 % des cas d'élévation du taux de PSA au-dessus du seuil de dépistage se sont avérés être de faux positifs. Les résultats faussement positifs

pèsent lourd dans la balance bénéfices-risques du dépistage, car ils sont à l'origine de biopsies de prostate répétées aux effets indésirables fréquents : hématuries, hémospémies, douleurs et surtout fièvre ; des effets plus graves sont observés dans 1 % des cas : rétention aiguë d'urine, infections, septicémies (3).

Les 2 études n'abordent pas les effets secondaires des traitements.

L'US Préventive Services Task Force et la HAS ne recommandent pas ce dépistage.

Des auteurs (4) ont voulu savoir quelles étaient les conséquences de ce dépistage dans la vie réelle chez les sujets de plus de 65 ans : leur étude portait sur 295645 anciens combattants américains.

Ils constatent 5.6 % de complications après une biopsie. Les effets secondaires des interventions n'ont pu être évalués dans cette étude observationnelle rétrospective.

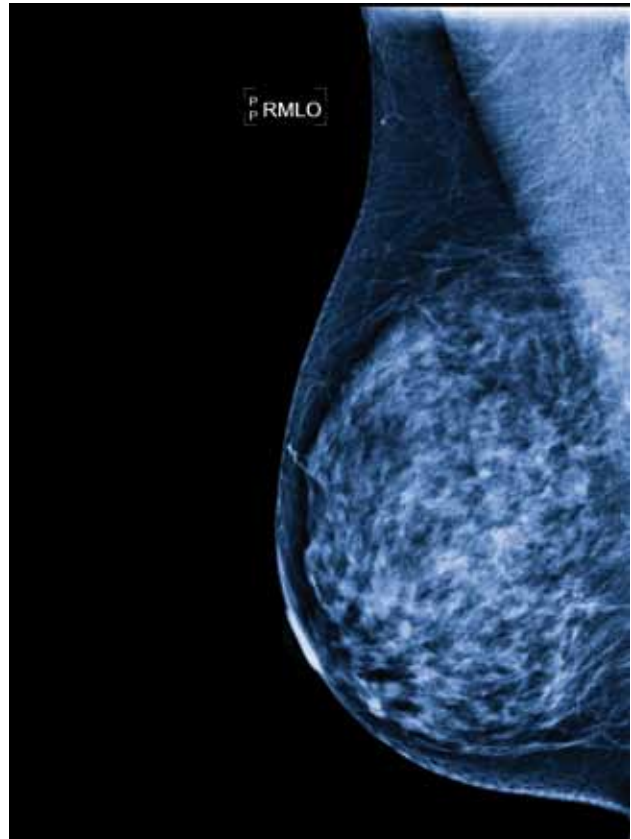
A 5 ans, le taux de décès par cancer de la prostate a été de 7.6 % chez les patients ayant reçu une hormonothérapie isolée, de 2.5 % parmi ceux ayant eu un traitement à visée curative et de 1.5 % chez les sujets soumis à une simple surveillance. Ces chiffres sont à comparer à ceux de la mortalité à 5 ans, liée à d'autres pathologies qui a été de 20.6 % chez les patients traités par hormonothérapie seule, de 17 % en cas de surveillance et de 10.9 % en cas de traitement à visée curative.

**Ainsi, chez des sujets qui ont une espérance de vie limitée, le dépistage conduit à un traitement radical sans avantage sur la durée de vie et au prix d'effets secondaires.**

En France, le cancer de la prostate est passé en 1980 de 26 pour 100 000 par an en TSM (Taux Standardisé Mondial) à 125 en 2005 avec une mortalité passée de 16.9 à 13.5. On peut parler d'une épidémie de surdiagnostics attribuable à la prescription de PSA (5).

### Exemple du cancer du sein

La controverse à propos du dépistage organisé du cancer du sein n'a pas cessé depuis la publication des travaux de Götzsche, depuis 2000, contestant les bénéfices de ce dépistage en termes de baisse de mortalité spécifique ou totale. De nouvelles



publications de cet auteur ont confirmé celle de 2000 : en 2013, il estime que pour 2000 femmes dépistées pendant 10 ans, 1 décès sera évité, 10 auront un surdiagnostic responsable de tumorectomies ou mammectomies inutiles et 200 seront inquiétées à tort. (6)

L'incidence du cancer du sein est passée en France de 56.8 pour 100 000 et par an en France en TSM, en 1980 à 100 pour 100 000 en 2010. La mortalité se modifiant moins pour la même période passant de 19.4 pour 100 000 à 16.2. C'est dans le groupe de femmes âgées de 50 à 74 ans qui sont dépistées que les variations d'incidence ont été les plus importantes (5).

Welch a essayé de quantifier la réduction de mortalité, l'augmentation des faux positifs et des surdiagnostics en valeur absolue pour 1000 femmes dépistées annuellement pendant 10 ans en comparant la donnée la plus optimiste à la plus pessimiste :

Pour la mortalité, un risque de décès réduit de 3.2 à 0.3 pour 1000 femmes dépistées pendant 10 ans.

Pour les faux positifs, le risque va de 390 en estimation basse à 690 en estimation haute.



Pour les surdiagnostics, le risque va de 3 à 14, à 50 ans et de 6 à 20, à 60 ans, pour 1000 femmes dépistées pendant 10 ans. (7).

Le bénéfice du dépistage du cancer du sein n'est toujours pas établi. La balance bénéfices risques est d'autant plus défavorable chez les femmes jeunes et les femmes à faible risque.

*Se préoccuper du surdiagnostic n'empêche pas de garder à l'esprit que beaucoup de gens passent à côté de soins nécessaires de santé. Les ressources financières, gaspillées sur des soins inutiles, peuvent être beaucoup mieux dépensées pour traiter et prévenir les véritables maladies. Le défi consiste à étudier et réfléchir sur des données probantes et fiables, afin de nous aider à prendre des décisions plus éclairées au moment où un diagnostic pourrait faire plus de mal que de bien à nos patients.*

### Qui sont les conducteurs des surdiagnostics ?

- Les progrès technologiques qui détectent toujours plus d'anomalies de plus en plus « petites ».
- Les firmes commerciales avec leurs intérêts professionnels.
- Les décisionnaires qui définissent les maladies en élargissant les directives de prise en charge.
- Les incitations juridiques qui punissent les sous-diagnostic mais pas les surdiagnostics.

Les croyances culturelles qui considèrent que plus est synonyme de mieux, avec une foi en la détection précoce, non ébranlée par ses risques éventuels.

### Références

1. <http://www.nejm.org> - G.E. Andriole and all. Mortality results for mortality cancer prostate screening trial. N En J Med 2009 360;1310-9.
2. Fritz H Schröder and all. Screening and prostate cancer mortality in a randomized european study. N Eng J Med 2009 360 : 1320-8.
3. Dépistage de cancers de la prostate par PSA : trop d'effets indésirables. Prescrire - mars 2012 Ome 32 N° 341 : 207-209.
4. Walter et coll. : Five-year downstream outcomes following PSA screening in older men JAMA.
5. Estimation nationale de l'incidence de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. INVS
6. Gotzsche and Jorgensen. The Cochrane library. Screening for breast cancer with mammography - juin 2013
7. Quantifying the benefits and harms of screening mammography. Gilbert Welch Jama Internal Medicine 30/12/2013.

## Choisir de travailler dans le secteur Privé Non Lucratif, c'est...

- participer à l'accessibilité aux soins pour tous,
- dans des établissements et services en pointe de l'innovation,
- sur la base de relations contractuelles souples et personnalisées permettant une véritable compatibilité entre vie professionnelle et vie privée.

### Accessible sur le portail de la FEHAP [www.fehap.fr](http://www.fehap.fr), la Rubrique emploi c'est...

... un espace candidats, pour déposer votre CV dans la CVthèque en ligne, consulter les offres d'emploi proposées par les adhérents de la FEHAP, créer vos alertes emploi en fonction de votre parcours et de vos attentes

... un espace recruteur pour consulter les CV, déposer vos offres d'emploi, créer vos alertes et recruter les profils correspondants à vos postes à pourvoir (services réservés aux adhérents FEHAP munis d'un identifiant et d'un mot de passe)

... Des offres validées 2 fois par jour pour un véritable matching entre recruteurs et candidats

**Au total, plus de 800 offres d'emplois à pourvoir dans les structures FEHAP et 1 000 CV en ligne !**



La **FEHAP** rassemble 1600 organismes gestionnaires et près de 4000 établissements et services privés non lucratifs, dans les champs sanitaire, social et médico-social.



La FEHAP est partenaire de RéseauProSanté, le réseau social des professionnels de santé.

FEHAP, 179 rue de Lourmel, 75015 PARIS - Tél. : 01 53 98 95 00 / Fax : 01 53 98 95 02  
[www.fehap.fr](http://www.fehap.fr)

suivez-nous sur le web et les réseaux sociaux



# Thérapeutique



## Le point sur les anticoagulants : entre nouveautés et médicaments de référence

### Les antivitamine K

Les antivitamine K sont les anticoagulants de référence depuis les années 1950. Ils sont utilisés pour le traitement ou la prévention des récurrences des thromboses veineuses et des embolies pulmonaires et en prévention dans certaines situations à risque thrombotique élevé.

En France, on dispose de trois antivitamine K : l'acénocoumarol (Sintrom<sup>°</sup> ou Minisintrom<sup>°</sup>), la warfarine (Coumadine<sup>°</sup>) et la fluindione (Previscan<sup>°</sup>).

L'anticoagulant de référence est la warfarine, en effet, il s'agit de l'anticoagulant de loin le mieux évalué et le plus utilisé dans le monde. En l'absence de données solides sur les autres antivitamine K, les modalités pratiques d'utilisation sont calquées sur celles de la warfarine. Cependant, en France, c'est la fluindione qui est l'anticoagulant le plus prescrit, elle est utilisée par 80 % des patients sous antivitamine K.

La marge thérapeutique des antivitamine K est étroite, entre une efficacité insuffisante exposant à un risque de thrombose et un surdosage exposant à des hémorragies. En France, les hémorragies sous antivitamine K sont la première cause d'hospitalisation pour effets indésirables médicamenteux.

Leur effet anticoagulant est mesuré par l'INR. Pour chaque patient, l'INR cible correspond au niveau d'anticoagulation ayant la meilleure balance bénéfice-risque. L'instabilité de l'INR est connue pour être un facteur de risque d'hémorragies ou de thromboses.

En cas de surdosage ou d'hémorragie, la coagulation est à rétablir rapidement, pour cela, la vitamine K1 et des concentrés de complexe prothrombinique normalisent l'INR en quelques minutes.

### Les nouveaux anticoagulants oraux (NACO)

Depuis 2008, de nouveaux anticoagulants sont apparus sur le marché. Il s'agit du rivaroxaban (Xarelto<sup>°</sup>), de l'apixaban (Eliquis<sup>°</sup>) et du dabigatran (Pradaxa<sup>°</sup>). Les deux premiers sont des inhibiteurs directs du facteur Xa et le troisième est un inhibiteur direct de la thrombine.



Ils n'ont pas tous l'AMM dans les mêmes indications.

#### L'apixaban 2,5 mg (Eliquis<sup>°</sup>) est autorisé :

- En prévention des événements thromboemboliques veineux chez les patients adultes ayant bénéficié d'une chirurgie programmée pour prothèse totale de hanche ou de genou.
- En prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'embolie systémique chez les patients adultes atteints de fibrillation atriale non valvulaire et présentant un ou plusieurs facteurs de risque tels que : antécédent d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire, âge  $\geq$  75 ans, HTA, diabète, insuffisance cardiaque symptomatique (NYHA  $\geq$  1).



**Le dabigatran (Pradaxa<sup>®</sup>) 75 mg et 110 mg est autorisé :**

- En prévention des évènements thromboemboliques veineux chez les patients adultes ayant bénéficié d'une chirurgie programmée pour prothèse totale de hanche ou de genou.

**Le dabigatran (Pradaxa<sup>®</sup>) 110 mg et 150 mg est autorisé :**

- En prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'embolie systémique chez les patients adultes atteints de fibrillation atriale non valvulaire et présentant un ou plusieurs facteurs de risque suivants : AVC ou AIT, âge  $\geq 75$  ans, FEVG  $< 40\%$ , insuffisance cardiaque symptomatique (NYHA  $\geq 2$ ), âge  $\geq 65$  ans associé à l'une des affections suivantes : diabète, HTA ou coronaropathie.

**Le rivaroxaban (Xarelto<sup>®</sup>) 10 mg est autorisé :**

- En prévention des évènements thromboemboliques veineux chez les patients adultes ayant bénéficié d'une chirurgie programmée pour prothèse totale de hanche ou de genou.

**Le rivaroxaban (Xarelto<sup>®</sup>) 15 mg et 20 mg est autorisé :**

- En prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'embolie systémique chez les patients adultes atteints de fibrillation atriale non valvulaire et présentant un ou plusieurs facteurs de risque suivants : insuffisance cardiaque congestive, HTA, âge  $\geq 75$  ans, diabète, antécédent d'AVC ou d'AIT.
- En traitement des thromboses veineuses profondes et des embolies pulmonaires et en prévention des récives de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire.

Le nombre de prise quotidienne diffère selon l'anticoagulant et l'indication.

Comme tous les anticoagulants, ils exposent à un risque hémorragique, notamment en cas d'insuffisance rénale même légère, chez les personnes âgées ( $> 75$  ans) et en cas de faible poids corporel ( $< 60$  kg). Différents essais ont conclu à une fréquence similaire des hémorragies graves

chez les patients traités par warfarine, enoxaparine ou NACO. Cependant, les patients inclus dans ces essais sont soumis à une surveillance particulière susceptible de diminuer la fréquence des hémorragies, de plus les patients les plus fragiles et donc les plus à risque de faire une hémorragie sont souvent exclus de ces essais. Les conditions de ces essais sont donc différentes des situations habituelles de soins, ce qui rend la transposition de leurs résultats aux situations réelles pour le moins hasardeuse.



D'autre part on ne dispose à ce jour d'aucun test de coagulation de routine permettant de mesurer l'effet anticoagulant des NACO, ni d'aucun antidote permettant de stopper l'effet anticoagulant en cas d'hémorragie. En cas de saignement léger, les mesures hémostatiques locales, telles que la compression, sont le plus souvent suffisantes. Mais en cas d'hémorragie grave, d'urgence chirurgicale ou de surdose importante, sans antidote et sans moyen de mesurer le niveau d'anticoagulation, la prise en charge est empirique et l'expérience clinique limitée. L'hémodialyse peut être un recours chez les patients traités par dabigatran, elle permet de diminuer la concentration plasmatique du médicament d'environ 70 % après 4 heures d'hémodialyse. La normalisation de l'hémostase demande 12 à 24 heures avec l'apixaban et le rivaroxaban, tout comme avec le dabigatran si la

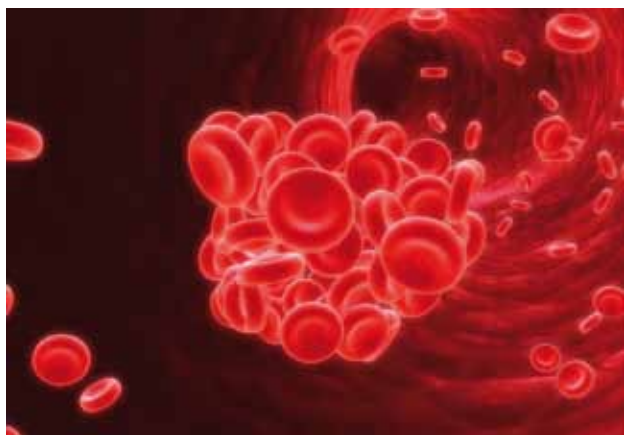
fonction rénale est normale. En cas d'insuffisance rénale, la normalisation de l'hémostase est d'autant plus longue que la fonction rénale est altérée.

L'attitude thérapeutique à suivre chez les patients devant bénéficier d'une chirurgie ou d'un geste invasif programmé ou non est mal définie.

Enfin, comme avec les antivitamine K, de nombreuses interactions médicamenteuses sont susceptibles de modifier l'activité anticoagulante des NACO (notamment certains anti arythmiques comme l'amiodarone ou le verapamil), il est donc nécessaire de sensibiliser les patients à ce sujet.

### En pratique

En cas d'indication à un traitement anticoagulant, les antivitamine K sont la référence et notamment la warfarine. La prescription des NACO ne doit pas être privilégiée par rapport à celle des antivitamine K. Il n'existe à l'heure actuelle aucun argument scientifique pour remplacer un traitement par antivitamine K efficace et bien toléré par un autre anticoagulant oral.



Les NACO sont une alternative uniquement :

- Chez les patients sous AVK, mais pour lesquels le maintien de l'INR dans la zone cible n'est pas habituellement assuré malgré une observance correcte ;
- Chez les patients pour lesquels les AVK sont contre-indiqués ou mal tolérés.

Enfin, avant toute initiation de traitement par un NACO, il faut évaluer la fonction rénale ainsi que la fonction hépatique et doser l'hémoglobine.

Ces paramètres doivent par la suite être régulièrement contrôlés tout au long de la durée du traitement par un NACO.

### Comment passer des antivitamine K aux NACO et inversement ?

#### Lorsque le remplacement d'un antivitamine K par un NACO est décidé

- INR < 2 (< 3 pour le rivaroxaban) : la première prise du NACO est possible sans délai ;
- $INR \geq 2$  et < 2,5 (pour l'apixaban et le dabigatran) : la première prise pourra avoir lieu le jour suivant la dernière prise d'antivitamine K ;
- $INR \geq 2,5$  (pour l'apixaban et le dabigatran) : attendre le temps nécessaire à la baisse de l'INR au-dessous de 2.

#### En cas de remplacement d'un NACO par un antivitamine K

- La prise du NACO devra être poursuivie après le début du traitement par antivitamine K jusqu'à ce que l'INR soit  $\geq 2$ . Pour le dabigatran, les modalités de relais dépendent de la fonction rénale du patient ;
- le NACO pouvant perturber la mesure de l'INR, ce dernier doit être mesuré juste avant une prise du médicament. Il sera mesuré à nouveau 24 heures après la dernière prise du NACO.

### Informations sur les tarifs

#### NACO :

Eliquis° 2,5 mg :

- 32,30 euros la boîte de 10 comprimés.
- 60,30 euros la boîte de 20 comprimés.
- 172,28 euros la boîte de 60 comprimés.

Xarelto° 10 mg :

- 14,10 euros la boîte de 5 comprimés.
- 27,65 euros la boîte de 10 comprimés.
- 75,78 euros la boîte de 30 comprimés.

Xarelto° 15 mg et 20 mg :

- 37,66 euros la boîte de 14 comprimés.
- 71,02 euros la boîte de 28 comprimés.
- 104,37 euros la boîte de 42 comprimés de 15 mg.

Pradaxa° 75 mg, 110 mg et 150 mg :

- 14,10 euros la boîte de 10 comprimés de 75 mg ou 110 mg.
- 40,04 euros la boîte de 30 comprimés de 75 mg ou 110 mg.
- 75,78 euros la boîte de 60 comprimés de 110 mg ou 150 mg.

Antivitamine K

Coumadine° 2 mg et 5 mg :

- 2,43 euros la boîte de 20 comprimés à 2 mg.
- 6,75 euros la boîte de 30 comprimés à 5 mg.

Previscan° 20 mg :

- 3,85 euros la boîte de 30 comprimés.

Sintrom° 4 mg et Minisintrom 1 mg :

- 2,98 euros la boîte de 30 comprimés de 4 mg.
- 1,94 euros la boîte de 20 comprimés de 1 mg.



## Conclusion

Selon les situations, mieux vaut utiliser un anticoagulant dont la balance bénéfice-risque est connue et dont la prise en charge des accidents hémorragiques est codifiée et d'efficacité prouvée, comme c'est le cas pour la warfarine°.

## Bibliographie

- La revue Prescrire, mars 2013, tome 33, n° 353.

- La revue Prescrire, novembre 2013, tome 33, n° 361.

- Fibrillation auriculaire non valvulaire : Quelle place pour les anticoagulants oraux non antivitamine K : apixaban (Eliquis®), dabigatran (Pradaxa®) et rivaroxaban (Xarelto®), Bon usage du médicament, HAS, juillet 2013.

[http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-aude/votre-lettre-pratique-medecins/les-nouveaux-anticoagulants-ce-qu-il-faut-savoir\\_aude.php](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-aude/votre-lettre-pratique-medecins/les-nouveaux-anticoagulants-ce-qu-il-faut-savoir_aude.php)

<http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Les-nouveaux-anticoagulants-oraux-Pradaxa-Xarelto-Eliquis-Des-medicaments-sous-surveillance-renforcee-Point-d-information-Actualise-le-09-10-2013>

**Dr Camila ROVIRA**

# Enseignement - formation



## Internes en Médecine Générale : « stagiaires » ou spécialistes en formation ?

En 2004, le Concours de l'Internat pour les spécialités devenait l'Examen National Classant pour tous. On passait d'un Concours à un Examen où tous seraient reçus. La Médecine Générale devenait une spécialité comme les autres. Pour les futurs médecins généralistes, c'était un espoir d'un changement en mieux, puisqu'ils allaient être traités a priori comme leurs collègues spécialistes, à la faculté comme à l'hôpital.

Malheureusement, 10 ans plus tard, tout n'est pas pour le mieux dans le meilleur des mondes.

### L'enseignement en faculté

Chaque faculté assure sa formation comme elle l'entend et les disparités géographiques sont donc très notables, pour le meilleur ou pour le pire.



La qualité des enseignements dispensés est très variable selon les facultés. C'est probablement la conséquence de l'absence d'un programme défini, commun à toutes les facultés, tout comme d'un cahier des charges relatif à la formation des IMG spécifique pour chaque stage de la maquette. L'exercice de la Médecine Générale étant des plus complexes, il est étonnant qu'il ne soit pas évident pour tout le monde que la formation initiale doit être d'un très haut niveau.

Il n'y a pas d'examen sur des critères objectifs, mais des « récits de situations complexes et authentiques » (RSCA), autrement dit des cas cliniques vécus, dont la rédaction doit faire référence aux principes de la WONCA. La difficulté consiste à les faire coïncider avec un cas clinique supposé réel... et quand ce n'est pas le cas, tous les Internes n'ont pas l'imagination d'un écrivain !

L'exigence de qualité pédagogique pour l'agrément des services hospitaliers ou des praticiens est également loin d'être la même partout. La liberté de choix des postes d'Internes n'est pas toujours assurée pour les IMG (obligation de pourvoir tous les postes en SASPAS ou Prat, limitation à 1 seul des 2 semestres prévus en CHU, ou volonté d'adéquation du nombre d'Internes au nombre de postes), obligeant certains d'entre eux à être affectés à des services bien connus pour leurs conditions de travail exécrables et l'absence de formation.

En la matière, les ARS et les Facultés devraient plus écouter les avis des Internes que les desiderata des hôpitaux...

### Le statut de l'interne

Il faut bien comprendre que l'affectation d'un Interne permet aussi à l'hôpital de bénéficier d'une subvention dite « MERRI » de 8000€ par Interne (et par semestre), censée correspondre à des missions d'enseignement et de recherche (attribuée au CHU quand l'IMG est en stage chez le praticien ou en SASPAS). Cette subvention est calculée sur le salaire de l'Interne majoré des charges, alors que l'hôpital ne cotise justement pas à l'assurance chômage pour les Internes considérés alors comme « stagiaires ».

On le voit bien : le statut bâtard des Internes permet aux hôpitaux de bénéficier d'une main d'œuvre médicale bon marché, de toucher pour ces « stagiaires » une subvention qu'ils peuvent affecter à d'autres dépenses, ceci tout en présentant les Internes aux patients comme des « médecins en cours de spécialisation ».

Un handicap pour les Internes en Médecine Générale est d'avoir peu (ou pas) de collègues généralistes seniors à l'hôpital. Pour cette raison, ils ne bénéficient sans doute pas autant de la dimension de compagnonnage que leurs collègues des autres spécialités.

Dans des nombreux services d'urgences, on fait travailler les IMG sur des horaires décalés, non comptabilisés comme gardes par l'administration, même s'ils se situent sur des plages horaires normalement correspondantes aux gardes (le soir tard et le week-end). La nuit, de garde aux Urgences, c'est souvent l'Interne qui, seul, signe les certificats autorisant la mise en garde à vue pour des personnes en état d'ivresse, alors que l'Ordre des Médecins demande la présence et la signature d'un médecin déjà thésé, à juste titre expérimenté, en raison de la difficulté rencontrée dans l'examen de ces patients.



Chargé de responsabilités et d'un travail conséquent à l'hôpital, l'IMG peut se retrouver a contrario complètement déresponsabilisé lors du stage chez le praticien, ramené au rang de simple « stagiaire » qui assiste aux consultations de la même façon que le ferait un Externe. Quant au SASPAS où il retrouve une autonomie complète, il importe de rester vigilant sur sa réelle dimension pédagogique car le risque d'un remplacement déguisé n'est jamais loin.

### Le temps universitaire

Dans les obligations de service hospitalier de l'Interne, sont théoriquement prévues 2 demi-journées consacrées à sa formation universitaire. Mais l'Interne se heurte fréquemment à des fins de non-recevoir de la part de son chef de service ! En effet, dans certaines facultés, la présence des Internes n'est pas obligatoire à une date précise par le département de Médecine Générale (DMG) afin de ne pas pénaliser les services hospitaliers où l'Interne travaille à temps plein et plus encore... Ces 2 demi-journées sont actuellement menacées par le projet de la DGOS visant à répondre à l'injonction de la Commission Européenne concernant le temps de travail : de façon artificielle l'une d'entre elles ne serait plus reconnue comme du temps de travail !

Globalement c'est le manque de temps qui constitue l'obstacle majeur pour les Internes, obligés de donner la priorité à leurs obligations de service plutôt qu'au travail universitaire. C'est ce qu'oublie souvent les responsables du cursus.

Ainsi des enseignants de Médecine Générale en Ile de France ont en toute illégalité décidé d'invalider un semestre à certains IMG, malgré l'avis favorable du chef de service hospitalier ou du maître de stage ambulatoire, car les IMG n'avaient pas fourni dans les délais au DMG les fameux RSCA... Il y a là une confusion entre, d'une part, ce qui relève du semestre d'Internat et de la qualité du travail effectué, d'autre part, ce qui a trait au travail universitaire, lequel sera jugé lors de la soutenance du diplôme d'études spécialisées (DES). Les conséquences pour l'Interne ne sont pas négligeables : un stage supplémentaire au même échelon du salaire et une année supplémentaire d'inscription en DES alors que le temps y est compté (6 années maximum pour valider le 3<sup>ème</sup> cycle sous peine d'être arrivé à ce niveau des études de Médecine pour rien... Cf. le scandale des « privés de thèse »).

### La thèse

Pour son travail de Thèse, l'Interne en MG est souvent seul face à un défi qui lui semble insurmontable, et au manque de temps principalement dû à ses obligations de service à l'hôpital. Il doit composer avec les disponibilités également réduites du Tuteur et du Directeur de Thèse. La conséquence est une difficulté fréquente à soutenir la Thèse dans des délais imposés de plus en plus serrés (3 ans maximum après l'obtention du DES) alors qu'il est théoriquement possible de le faire après 3 semestres d'Internat, ce qui se fait d'ailleurs volontiers dans d'autres spécialités où l'encadrement semble plus rapproché.

Dans quel sens les réformes qui se préparent vont-elles modifier le statut de l'Interne ? On a l'impression qu'on veut faire de lui un simple élève stagiaire. Défendons son statut d'agent du service public, médecin en cours de spécialisation avec l'amélioration de ses conditions de travail et de formation.

**Ida Marina LANZI**

## Correspondances - Discussions



### Martin Winckler : Ecrivain Médecin engagé



Il exerçait comme médecin de campagne lors de la parution de son premier roman « la vacation » chez P.O.L. en 1989. Il avait 34 ans. Puis ce fût le succès littéraire avec « La maladie de Sachs » en 1998. Depuis Martin Winckler (l'écrivain) alias Marc Zaffran (le médecin) cohabitent à merveille. Romans, essais, séries télés, traduction, l'écrivain fourmille de projets, tandis que le médecin humaniste revendique une médecine toujours plus tournée vers le patient. Portrait d'un homme double, intègre et engagé.

#### **Vous-êtes à la fois médecin et écrivain. Pourquoi ce choix ?**

La médecine et l'écriture sont effectivement deux désirs qui ont toujours coexisté en moi. J'ai toujours voulu faire médecine (comme mon père) et j'ai été très actif (j'ai été aide-soignant, infirmier...) durant toutes mes études de médecine. Je voulais devenir médecin généraliste et faire le plus possible de clinique. Pourquoi ? Je n'aime pas voir les gens souffrir. Si j'avais raté médecine, j'aurais de toute façon exercé un autre métier soignant. D'un autre côté, j'ai toujours beaucoup lu (science-fiction, littérature anglo-saxonne, bandes dessinées, et plus tard Georges Perec, Jean Echenoz...) et j'écrivais déjà à l'âge de 13-14 ans. L'écriture est mon mode d'expression, comme d'autres ont la musique, le sport ou le dessin. J'ai mis deux années à écrire mon premier roman « La vacation ». J'exerçais alors

comme médecin généraliste dans la Sarthe tout en pratiquant des IVG à l'hôpital. La médecine a nourri l'écriture. J'écrivais tous les jours. A force, c'est devenu un livre.

#### **Comment avez-vous ensuite organisé votre « double vie » ?**

J'ai exercé dans ce cabinet de campagne de 1983 à 1993, et puis pour des raisons familiales, j'ai cédé mon cabinet et conservé une activité de médecin à temps partiel au centre de planification, dans l'idée de me réinstaller par la suite ; je traduisais des livres de médecine et j'écrivais. En 1998, j'ai rencontré un grand succès avec « La maladie de Sachs ». J'avais d'autres livres à écrire – des romans, mais aussi des essais sur le soin, la contraception... Alors je suis resté médecin à temps partiel et je me suis mis à écrire et publier beaucoup plus. Quarante-cinq livres en quinze ans. Je ne me suis pas trop mal organisé...

**Vos livres traitent souvent de la médecine et mettent toujours en scène des médecins. Pourquoi ?**

J'aime raconter des histoires. Ecrire est un mode de vie, de partage, de transmissions, et les histoires servent à ça. Je suis médecin, je partage par écrit ce que ma profession m'a appris. Je pense d'ailleurs que partager ce qu'il sait est, pour un médecin, une obligation morale. Dans « la maladie de Sachs » par exemple, je voulais décrire l'activité d'un médecin de campagne, mais cette activité, c'est la vie des gens, leurs histoires... Et il y en a toujours à raconter. Cela dit, j'ai aussi écrit des livres sur les arts populaires (BD, télévision, cinéma), des récits autobiographiques, des contes, des pièces radiophoniques...

**Vous avez été rédacteur, puis rédacteur en chef adjoint de la revue Prescrire entre 83 et 89 et l'on vous sait très engagé. Que tenez-vous à défendre pour la médecine aujourd'hui ?**

La profession médicale dans son ensemble est une profession privilégiée (même si tous les médecins ne sont pas des privilégiés, et de loin : les inégalités sont scandaleuses). Mettre son savoir et son statut au service des citoyens est une obligation morale, mais aussi légale et déontologique. Malheureusement tous les médecins ne le font pas, bien qu'ils clament haut et fort agir « dans l'intérêt des patients ». Beaucoup servent leurs intérêts malpropres, aux dépens des patients et de ceux qui travaillent vraiment pour la population. C'est cela que je dénonce, et c'est contre les profiteurs, nombreux dans la profession, que je me bats. Et

aussi contre tous ceux – politiciens, industriels, médias – qui manipulent les politiques et les décisions de santé.

**A tous ceux qui vous ont dit « vous ne pouvez pas être un bon médecin en faisant autant de choses à la fois, vous êtes bien trop éparpillé », qu'avez-vous répondu ?**

Que je les emmerde, et ceci avec un grand sourire. En France le corps médical garde malheureusement un comportement de secte, fermé à tout, à l'originalité comme aux médecines d'ailleurs. On vous colle un uniforme et voilà : vous ne devez plus en sortir. Ce n'est pas ma manière de vivre. Au Québec, dans les pays anglo-saxons, ça ne choque personne qu'un médecin soit aussi romancier. Et puis, chacun pratique la médecine en fonction de ce qu'il est et veut devenir. Voyez tous ces médecins qui exercent à temps plein et dont la seule motivation profonde est le pouvoir ou l'argent ! Je me suis donné les moyens d'exercer la médecine et d'écrire pour être en accord avec moi-même. En trente ans, j'ai reçu suffisamment de gratifications pour savoir que j'ai fait mon boulot de médecin, sans technologie lourde ni dépassement d'honoraires. Quant à mes livres, personne n'est obligé de les acheter. Au fond, c'est une question d'intégrité. J'aurai bientôt soixante ans, je ne suis ni riche ni pauvre, j'ai eu une vie active et pleine, et sur le plan de l'éthique professionnelle – aussi bien littéraire que médicale – je peux regarder mes enfants dans les yeux sans avoir honte. C'est tout ce qui m'importe.

**Patricia MARTEL** d'après un entretien avec **Martin WINCKLER**  
(dernier roman « En souvenir d'André », POL, 2012)

# Communiqués de Presse

## du printemps 2014



### Choix de postes hospitaliers : écoutez les internes !

28 mars 2014

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) déplore les ratés du choix de postes des Internes en Médecine Générale (IMG) en Ile-de-France pour le semestre d'été 2014.

Lors de la dernière commission d'adéquation qui s'est tenue en février 2014, l'ARS Ile-de-France, l'AP-HP et les centres hospitaliers « périphériques » ont acté la suppression de 50 postes... et se rendent compte hier, alors que les internes sont en train de faire leur choix à Paris depuis le début de la semaine, que les derniers IMG ne vont pas avoir assez de postes à choisir !

Au-delà de ces erreurs quantitatives, c'est aussi sur le plan qualitatif que persistent de graves anomalies. Lors de la commission d'adéquation,

des avis défavorables ont été exprimés par le SNJMG et par les autres syndicats représentatifs d'internes parisiens vis-à-vis des services qui ne respectent pas le repos de sécurité et/ou les obligations pédagogiques des IMG. Il n'en a pas été tenu compte...

Il est urgent que les responsables se mettent à l'écoute des internes !

Le SNJMG demande une meilleure prise en compte des avis des IMG pour la préparation des choix de postes et aussi la modernisation des conditions matérielles de ce choix...



Conseil National du SNJMG / Bureau National du SNJMG

### Politique de Santé : Oublier le faux départ de 2012 ?

9 avril 2014

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a noté avec intérêt que le Président de la République, lors de l'allocution télévisée du 31 mars 2014, a cité la Santé comme une priorité constitutive du Pacte de solidarité.

Mais mardi, le discours de politique générale du nouveau Premier Ministre, Manuel Valls, nous a laissé dans l'expectative : alors qu'il exige du secteur de la Santé toujours plus d'économies, il ne précise pas la stratégie choisie pour son indispensable réorganisation, laquelle doit être pour le SNJMG à la fois structurellement efficiente et humainement pertinente.

Par ailleurs, le SNJMG a pris acte de la reconduction la semaine dernière de Madame Marisol Touraine en tant que Ministre des Affaires Sociales, et in extremis en ce mercredi « de la Santé », sans adjonction d'un Secrétaire d'Etat.

Lors de la nomination de Madame Touraine en 2012, le SNJMG avait plutôt un a priori positif, car elle s'était prononcée contre les franchises médicales, contre la T2A exclusive à l'hôpital et pour des mesures exclusivement incitatives en matière de démographie médicale. (1)

Malheureusement, la pratique réelle de ce ministère au cours des deux premières années du quin-



quennat du Président Hollande a déçu une grande partie du monde de la Santé.

Le dossier des dépassements d'honoraires, qui était considéré comme "prioritaire", a rapidement été remis sous le boisseau. Les mesures en trompe-l'œil, accouchant à la marge d'exceptionnelles sanctions pour les très gros dépasseurs, ne règlent en rien le scandale de cette médecine d'« apartheid », qui discrimine à la fois entre les patients d'une part et entre les médecins d'autre part. La revendication déjà ancienne (2) du SNJMG d'un secteur unique revalorisé semble rallier de plus en plus de monde autour d'elle et nous nous en réjouissons. Madame Touraine pourra-t-elle l'entendre et sortir de sa complaisance pour le secteur ?



Quant à la remise en question des franchises médicales, elle a été bien vite oubliée par la Ministre une fois au pouvoir... Par ailleurs, la place grandissante donnée aux régimes complémentaires (mutuelles, organismes de prévoyance et assurances) au détriment du régime obligatoire nous semble à la fois injuste pour les patients et très dispendieux en frais de fonctionnement.

En matière de lutte contre les conflits d'intérêts, son ministère s'est illustré par la dénaturation permanente des objectifs de la réforme du médicament. Cela s'est traduit par des textes d'application déce-

vants (3) et par la poursuite d'une « bonne entente » avec l'industrie pharmaceutique (4), comme si l'affaire du Médiateur n'avait jamais eu lieu...

Concernant les internes en médecine, les quelques revalorisations de primes (sans modification du salaire de base) ont été arrachées de haute lutte, notamment sous la pression de la grève de l'automne 2012. A noter qu'un délai de plus d'un an aura été nécessaire au ministère pour les mettre en application... (5). Enfin, son peu d'empressement à faire appliquer la réglementation sur le temps de travail aboutit à ce que la France se retrouve sous la menace d'une action en justice ouverte par la Commission européenne ! (6)

Madame Touraine s'est lavée les mains de la situation des « privés de thèse ». Des décrets aveugles privent ces médecins formés dans les universités françaises de l'exercice de leur métier. Quel gâchis humain à l'heure où l'on se plaint du manque de médecins... (7)

Quant au Pacte Santé Territoire, il joue « petit-bras » avec un catalogue de mesurètes qui se gardent bien d'engager les vrais moyens nécessaires pour la sauvegarde et le développement de la médecine de proximité (8). L'exemple-type est le gadget du « Praticien Territorial de Médecine Générale », dont les défauts pointés dès l'origine par le SNJMG (9) se sont malheureusement vérifiés sur le terrain... (10)

A quand la véritable Révolution des Soins Primaires annoncée l'année dernière par la Ministre ?

Le SNJMG demande donc au nouveau gouvernement la mise en œuvre d'une réelle Stratégie pour la Santé, pas seulement dans les discours (11) mais dans les actes !

Conseil National du SNJMG / Bureau National du SNJMG

## Références

1. <http://blog-snjmg.over-blog.com/article-reforme-du-systeme-de-sante-les-jeunes-medecins-generalistes-attentifs-aux-engagements-de-mme-tour-105835600.html>
2. <http://blog-snjmg.over-blog.com/article-election-presidentielle-2012-le-syndicat-des-jeunes-medecins-generalistes-interpellent-les-candida-104118520.html>

3. <http://blog-snjmg.over-blog.com/la-sant%C3%A9-publique-victime-des-conflits-d-int%C3%A9r%C3%AAt>
4. <http://blog-snjmg.over-blog.com/conflits-d-int%C3%A9r%C3%AAts-ce-gouvernement-veut-il-vraiment-sortir-de-l-opacit%C3%A9>
5. <http://blog-snjmg.over-blog.com/2014/01/conditions-de-travail-des-internes-les-mesures-au-compte-goutte-du-gouvernement.html>
6. <http://blog-snjmg.over-blog.com/2013/10/temps-de-travail-des-internes-la-france-mise-en-demeure-par-l-europe.html>
7. <http://blog-snjmg.over-blog.com/article-lettre-d-information-du-syndicat-national-des-jeunes-medecins-generalistes-snj-74004393.html>
8. <http://blog-snjmg.over-blog.com/article-58321205.html>
9. <http://blog-snjmg.over-blog.com/praticiens-territoriaux-le-gadget-de-l-%C3%A9t%C3%A9>
10. <http://www.egora.fr/sante-societe/pratique/178247-praticien-territorial-de-mg-le-drame-de-ceux-qui-ne-travaillent-pas-as>
11. <http://blog-snjmg.over-blog.com/strat%C3%A9gie-nationale-de-sant%C3%A9-un-espoir-et-beaucoup-d-interrogations>

## La transparence, c'est maintenant ?

24 avril 2014

En matière de conflits d'intérêts, les affaires se suivent et se ressemblent. Après le Docteur Jérôme Cahuzac, le site indépendant d'investigations, Mediapart, s'est intéressé au Docteur Aquilino Morelle.



Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) se désespère de la complaisance des politiques vis-à-vis des conflits d'intérêts de certaines personnalités du monde de la Santé (notamment médecins) auxquels ils accordent en priorité les postes à responsabilité les plus éminents.

La mise en lumière des conflits d'intérêts des décideurs, des experts et des leaders d'opinion dans le domaine de la Santé est en effet un enjeu crucial à la fois pour les patients et pour les comptes sociaux.

A l'échelle individuelle, les effets indésirables d'un traitement inutile ou à la balance bénéfice-risque défavorable peuvent se révéler une tragédie hu-

maine (ex : Mediator). A l'échelle de la société, la mise sur le marché de médicaments dont le prix n'est pas justifié par leur utilité, la mise en place de politiques de prévention ou de dépistage manipulées par l'industrie pharmaceutique mais sans intérêt prouvé pour les patients aboutissent à des gâchis financiers énormes.

En 2011, dans les suites du scandale du Mediator, le SNJMG avait été auditionné lors de la mission d'enquête parlementaire (1 : voir la vidéo). Ces travaux avaient abouti à la loi Bertrand, votée le 29 septembre 2011. Cette loi posait comme principe de base la publication des liens d'intérêts entre professionnels et industries de santé.

Malheureusement, un lobbying puissant a agi auprès du cabinet Bertrand pour limiter l'envergure de la loi, puis auprès du cabinet Touraine pour obtenir des décrets d'application en net retrait par rapport au texte de loi voté par le Parlement. (2)

Le SNJMG approuve le recours du FORMINDEP auprès du Conseil d'Etat en vue d'obtenir des textes d'application garantissant une véritable transparence en matière de liens d'intérêts. (3)

Toutefois la mise en évidence des liens d'intérêts n'est qu'une étape. Il convient ensuite de tenir

compte de ces informations pour choisir adéquatement les conseillers, les experts et les responsables des institutions qui pilotent notre système de Santé. Le degré d'indépendance étant, à nos yeux, un critère majeur au même titre que le niveau de compétence médicale.

Un processus de libération de la mainmise de l'industrie pharmaceutique sur le monde médical est actuellement en marche et doit être soutenu activement. Il est bien sûr de la responsabilité de chaque médecin de faire évoluer son rapport personnel à ces influences, que ce soit sur le plan individuel ou sur le plan collectif, en se positionnant par exemple pour faire changer les pratiques dans les associations de formation, les facultés ou les

hôpitaux. Mais il incombe également aux pouvoirs publics de prendre leurs responsabilités et d'assurer des financements alternatifs et à la hauteur des enjeux pour les travaux de recherche, les publications scientifiques, la formation continue ou les congrès professionnels.

Le SNJMG demande solennellement au Président de la République, aux membres du gouvernement et à leurs collaborateurs, de tout mettre en œuvre pour protéger la Santé des Français de ces influences mercantiles, sources de scandales sanitaires à répétition et d'un gâchis financier devenu insupportable.

Conseil National du SNJMG / Bureau National du SNJMG

1. <https://www.youtube.com/watch?v=syyrjOstneQ>
2. <http://blog-snjmg.over-blog.com/conflits-d-int%C3%A9r%C3%AAts-ce-gouvernement-veut-il-vraiment-sortir-de-l-opacit%C3%A9>
3. <http://www.formindep.org/-Recours-contre-les-decrets-sur-l.html>

## Le SNJMG demande des forfaits ad hoc pour les jeunes médecins

**6 mai 2014**

Lors du mois d'avril 2014, alors que le recul de leur rémunération à l'acte est confirmé, la Sécurité Sociale a versé aux médecins généralistes une Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) concernant l'année 2013.



A tous les médecins généralistes ? Non, il est un groupe de médecins qui n'a pas droit aux égards de la Sécurité Sociale : les jeunes installés !

Les MG installés en 2012 (environ 900 médecins) ne recevront leur ROSP concernant l'année 2012 qu'en juin 2014.

Les MG installés en 2013 ne recevront leur ROSP concernant l'année 2013 qu'à l'été 2014.

En plus de ces retards discriminatoires et inacceptables, des approximations sur les bases de patientèles et des erreurs de calculs fréquentes sont à l'origine d'une exaspération croissante des jeunes installés.

Le SNJMG s'étonne de cette manifestation de mépris de la Sécurité sociale envers les jeunes médecins, qui sont pourtant l'avenir du système de Santé.

Sur le fond, le SNJMG rappelle ses critiques envers le dispositif actuel de la ROSP :

- C'est une rémunération qui mélange « torchons et serviettes » puisqu'elle adjoint à une rémunération sur Objectifs de Santé Publique un dédommagement financier pour la télétransmission de Feuilles de Soins Electroniques (FSE) et l'organisation du cabinet médical. Autre illogisme, la non-validation de l'objectif de télétransmission annule non seulement le dédommagement correspondant mais aussi celui concernant l'organisation du cabinet...
- C'est une rémunération au statut réglementaire flou : ce n'est ni une rémunération conventionnelle intégrée (comme la NGAP ou la CCAM), ni un contrat optionnel signé entre médecin et sécurité sociale (comme c'était le cas pour l'Option Médecin Référent - OMR - et le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles - CAPI - ;
- Il n'existe aucune preuve d'indépendance concernant les personnes en charge de l'élaboration de ces Objectifs de Santé Publique ;
- Proportionnelle à la taille de la patientèle, la ROSP est par essence discriminatoire envers les jeunes médecins : elle ne concerne pas les remplaçants et pénalise les jeunes installés.

Devant cette situation, Le SNJMG propose des mesures à effet immédiat :

- Découplage des trois éléments de la ROSP (les deux premiers éléments étant intégrés dans la convention et la ROSP proprement dite faisant l'objet d'un contrat optionnel annuel avec tacite reconduction) ;
- Objectifs de Santé Publique déterminés par collège d'experts indépendants, avec publicité de leur validation par les parties signataires de la convention ;
- Engagement de la Sécurité sociale de régler les jeunes installés en même temps que les autres médecins ;
- Calcul de la ROSP pour les 5 premières années

d'installation sur une base forfaitaire de 500 patients (si la patientèle du jeune installé ne dépasse pas ce chiffre).



Rappelons enfin que le SNJMG plaide pour des réformes structurelles profondes de la convention médicale, avec un secteur unique revalorisé, la création d'un véritable forfait « structure » prenant notamment en charge l'emploi d'auxiliaires salariés (assistants, secrétaires, infirmières...) et un forfait « installation » destiné à accompagner les premières années d'exercice.

Le SNJMG va porter ces propositions auprès des partenaires conventionnels et des pouvoirs publics, en espérant qu'ils fassent preuve de responsabilité et d'audace !



Bureau et Conseil National du SNJMG

## Temps de travail des internes : un Ministère de la Santé en rupture avec la réalité du terrain et sourd aux attentes des jeunes professionnels

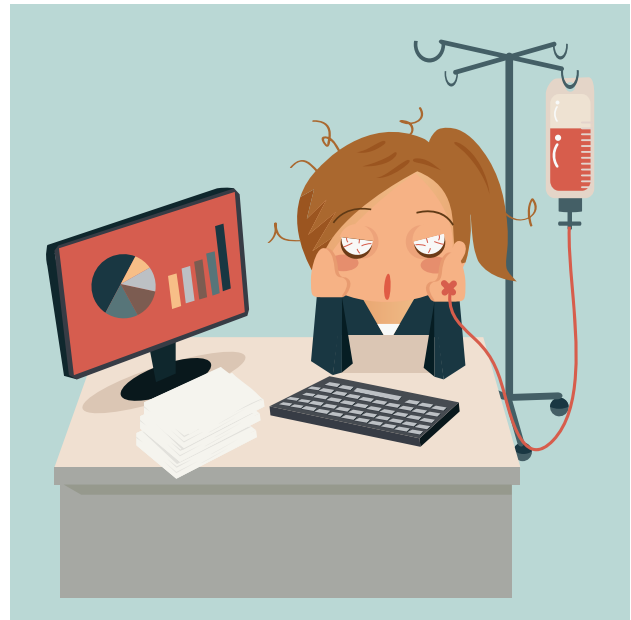
13 mai 2014

L'ISNI, la FNSIP-BM, le SNIO et le SNJMG dénoncent, suite à une réunion ce lundi 12 mai 2014 avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), l'aveuglement du ministère de la Santé concernant le temps de travail des internes, s'entêtant dans une logique administrative et n'ayant aucune connaissance des réalités du terrain.

C'est avec des propositions dénuées de sens pratique que le ministère a accueilli les délégations d'internes, sans se préoccuper des fondements du droit européen ni de l'efficacité des mesures proposées démontrant une déconnexion totale avec le vécu des internes. Le repos de sécurité, légalement garanti depuis plus de 10 ans, n'est toujours pas appliqué, le ministère refusant de surcroît toute possibilité de sanction contre les établissements enfreignant la loi. Comment croire que le montage d'une usine à gaz réglementaire permettrait alors de régler la question du temps de travail ?

Par ailleurs, le ministère n'évoque aucunement la question centrale du nouveau régime des astreintes dans le cadrage du temps de travail des internes, n'abordant ainsi le problème que par le bout de la lorgnette.

Enfin, les internes s'insurgent contre la proposition du ministère consistant à sortir une demi-journée de formation du temps de travail des internes, la semaine passant effectivement de 11 à 10 demi-journées de travail sacrifiant au passage la formation des jeunes professionnels de santé.



Les organisations syndicales d'internes rappellent leurs propositions, qui sont les seules à même de réduire le temps de travail de façon efficace tout en se conformant au droit européen :

- Le passage de 11 à 10 demi-journée de travail hebdomadaires avec une semaine commençant le lundi matin et se terminant le vendredi soir (le samedi étant ainsi compté comme une garde) ;
- La sanctuarisation des demi-journées de formation décomptées comme du temps de travail.

Une nouvelle réunion de concertation est prévue en fin de semaine. Les syndicats d'internes mettent en garde Marisol Touraine contre une volonté de rompre le dialogue mis en place depuis les grèves de l'automne 2012.

# Dynamique syndicale



## Lettre d'info du SNJMG #145 mai 2014

Bonjour à tou(te)s !

Voici le sommaire de la lettre d'information du SNJMG de MAI 2014 :

1. Les ratés de la ROSP
2. Les leçons de l'affaire Aquilino Morelle
3. Le combat des internes pour leur statut et le temps de travail
4. Le Mémo « fiscalité »
5. Les Infos « partenariats »
6. L'agenda du SNJMG

Bonne lecture !



### 1. Les ratés de la ROSP

La semaine dernière, le SNJMG a publié un communiqué sur les nouveaux ratés de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP).

Le SNJMG entend interpeller la Sécurité Sociale sur le fait que ces ratés pénalisent en premier lieu les jeunes installés. Mais au-delà de cette dénonciation, il est important pour le SNJMG de rappeler ses griefs envers cette rémunération. Et ils ne se limitent pas à quelques difficultés d'application comme le laissent croire les parties signataires de la convention médicale.

En accord avec sa pratique de la démocratie participative, le SNJMG souhaite donner la parole à tous les médecins généralistes (les jeunes installés et tous les autres) pour faire connaître leur expérience et leur réflexion sur la ROSP.

Les médecins généralistes sont ainsi conviés à s'exprimer (en bien ou en mal) sur la ROSP à cette adresse : <https://snjmg.typeform.com/to/k78s7T>

### 2. Les leçons de l'affaire Aquilino Morelle

En matière de conflits d'intérêts, les affaires se suivent et se ressemblent. Après le Docteur Jérôme Cahuzac, le site indépendant d'investigations, Me-

diapart, s'est intéressé au Docteur Aquilino Morelle, révélant son action au service de l'industrie pharmaceutique au cœur de l'Etat.

Dans son communiqué, le SNJMG a appelé le Président de la République, les membres du gouvernement et leurs collaborateurs, à tout mettre en œuvre pour protéger la Santé des Français de ces influences mercantiles, sources évidentes de scandales sanitaires à répétition et d'un gâchis financier tout à fait évitable.

### 3. Le combat des internes pour leur statut et le temps de travail

Le SNJMG se mobilise toujours sur la question du respect du temps de travail des internes. Depuis les grèves de l'Automne 2012, le syndicat soutient une réduction de la durée hebdomadaire à 10 demi-journées (le samedi matin deviendrait du temps de garde) et une sanctuarisation des demi-journées consacrées à la formation universitaire. Avant la négociation finale avec le ministère de la Santé, le SNJMG a participé à la rédaction d'un communiqué de presse commun avec d'autres organisations d'internes qui partagent les mêmes revendications : <http://blog-snjmg.over-blog.com/article-15261353.html>

### 4. Mémo « fiscalité »

Une autre actualité concerne tous les médecins généralistes, installés et remplaçants, salariés et hospitaliers ainsi que les internes de MG : la déclaration d'impôt 2014. Rappel : la date limite de télé-déclaration de la "2035" est fixée à ce jour, 15 mai 2014.

Retrouvez sur le forum Jeunes-MG une note explicative sur les formalités de déclaration fiscale (professionnelle et personnelle) : <http://jeunesmg.ning.com/group/revenus-des-medecins-generalistes/forum/topics/declaration-d-impots-2012>

### 5. Infos « partenariats »

La politique de partenariat du SNJMG est claire et constante : aucune collaboration avec des entreprises qui ont quelque intérêt que ce soit en rapport avec la prescription médicale, en particulier indépendance totale vis-à-vis de l'industrie phar-

maceutique et des dispositifs de santé. En dehors de ce champ, nous choisissons quelques partenariats qui apportent un plus à nos adhérents.

Depuis 2013, la Médicale de France est partenaire du SNJMG. L'agence Futurs Praticiens de Paris est à votre disposition pour vous faire des offres privilégiées pour votre responsabilité civile professionnelle et tout ce qui concerne vos assurances et votre prévoyance.

Agence Futurs Praticiens  
3, rue Saint Vincent de Paul  
75499 PARIS CEDEX 10  
Téléphone : 01.57.72.94.95

En 2014, nous vous présentons un tout nouveau partenariat : [www.le-planning.fr](http://www.le-planning.fr). Il s'agit d'une solution d'agenda connecté et de télé-secrétariat pour médecins. Pour avoir un aperçu de tout cela vous pouvez vous rendre sur [www.le-planning.fr](http://www.le-planning.fr) ou adresser un mail à [contactleplanning@gmail.com](mailto:contactleplanning@gmail.com).

Vous pouvez aussi joindre M. Jean-Félix Mounier, le créateur de ces solutions au : 04 90 20 90 46 ou au 06 27 41 54 01. Spécialiste en matière d'informatique médicale, il saura vous renseigner et comprendre vos contraintes de travail afin d'adapter les solutions à votre fonctionnement, que vous disposiez déjà ou non d'un secrétariat.

### 6. L'agenda du SNJMG

Plusieurs membres du Bureau du SNJMG seront présents lors des Rencontres Prescrire les 23 et 24 mai prochains à Paris.

Le Comité Directeur du SNJMG va rassembler les membres du Bureau et les Délégués Régionaux les 27, 28 et 29 juin à Saint-Malo. Un moment de convivialité et de travail pour toute l'équipe. Pendant ce temps, la deuxième édition des Assises Nationales des Jeunes Médecins Généralistes est en préparation pour l'automne 2014. On en reparle très vite !

Rendez-vous le mois prochain !

Merci de votre fidélité.

## ??? Vous avez dit ROSP ???



### 1. Qu'est-ce que la ROSP ?

#### a. Définition

La Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) a été mise en place en 2011 lors de la signature de la convention médicale entre l'assurance maladie et les représentants des médecins libéraux. Elle est rentrée en application au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Elle a remplacé le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) qui avait été introduit en 2009 et qui était fondé sur le volontariat.

La ROSP (et le CAPI en son temps) a pour but de soutenir les actions de santé publiques, de diminuer les écarts entre les pratiques et les recommandations des autorités sanitaires, et de diminuer les dépenses de santé.

#### b. Pour qui ?

L'ensemble des médecins libéraux conventionnés installés peut y prétendre. Elle s'applique à tous les médecins n'ayant pas fait la demande explicite de refus de la ROSP dans les 3 mois après la parution au journal officiel (décembre 2011) ou après leur installation. Un médecin ayant refusé la ROSP peut revenir sur sa décision à tout moment.

### 2. Les objectifs

Elle comporte 29 objectifs élaborés par l'assurance maladie obligatoire. 24 portent sur les pratiques de soins (ex : 80 % de femmes âgées de 25 ans à 65 ans participant au dépistage du cancer du col de l'utérus) et la réduction de coût (ex : au moins 85 % d'inhibiteurs de la pompe à protons, en nombre de boîte, prescrits dans le répertoire des génériques). Et 5 sont liés à l'organisation et l'équipement du cabinet (ex : tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques). Ces 5 objectifs ne sont pris en considération par l'Assurance Maladie obligatoire que si le praticien télétransmet au moins les deux tiers des feuilles de soins réalisées.

Les objectifs ont été élaborés par l'Assurance Maladie obligatoire grâce aux recommandations internationales et celles de la Haute Autorité de Santé (l'argumentaire du choix des objectifs est disponible depuis avril 2012).



La rémunération du médecin est calculée une fois par an grâce à une équation complexe, qui tient compte à la fois des résultats atteints par le médecin pour chaque objectif et du nombre de patients ayant choisi le praticien comme médecin traitant.

### 3. Les intérêts

La ROSP est une avancée dans la diversification de la rémunération des praticiens pour sortir du seul paiement à l'acte.

C'est un premier pas pour essayer d'unifier les pratiques afin que les patients soient pris en charge le plus correctement possible quel que soit le praticien consulté.

Chaque objectif est rémunéré de manière indépendante et la non-réalisation d'un objectif n'entrave pas le paiement des autres. Cette rémunération est à peu près proportionnelle au pourcentage réalisé dès qu'un nombre seuil de patient est atteint.



#### 4. Les inconvénients

Les remplaçants ne peuvent pas y prétendre bien qu'ils contribuent activement à l'ensemble des prescriptions réalisés dans les cabinets médicaux dans lesquels ils travaillent.

Les jeunes installés ont été dans un premier temps complètement oubliés de la ROSP. En effet, le calcul est réalisé sur une patientèle stable entre le 01 janvier et le 31 décembre de l'année considérée. Une modification a été apportée en février 2013 afin de permettre aux jeunes installés de toucher la ROSP au prorata des patients inscrits au 31 décembre. Ce calcul nécessite néanmoins un traitement manuel des données par l'Assurance Maladie... ce qui induit de très longs retards dans le paiement de la ROSP pour les jeunes installés.

Certains objectifs n'incitent pas à respecter l'information ou la liberté du patient à choisir sa prise en charge (ex : 80 % de femmes âgées de 50 ans à 74 ans participent au dépistage des cancers du sein) ; ni à prendre en compte la situation clinique et personnelle du patient (ex : 60 % des patients hypertendus traités ayant une pression artérielle inférieure ou égale à 140/90).

Le calcul de la ROSP par l'Assurance Maladie est assez opaque et il semble que de nombreux praticiens soient étonnés par les chiffres fournis par cette dernière (ex : patients diabétiques).

#### Références

Revue prescrire tome 33, n°351,352, 353, 355, 356, 357.

« Il faut debugger la ROSP » CDP du SNJMG du 30/10/13.



Tous ces inconvénients ne doivent pas occulter l'avancée sérieuse et pérenne réalisée dans la diversification du mode de rémunération des praticiens libéraux, même si cette avancée est très clairement perfectible.

Et la volonté d'augmenter notre rémunération ne doit pas nous faire oublier quel est notre objectif réel : la prise en charge du patient doit être personnalisée et adaptée à sa situation clinique quelles que soient les recommandations « du moment ».

**Dr Emilie FRELAT**

# Offre Spéciale INTERNE en MÉDECINE GÉNÉRALE

### VOUS :

NOM de naissance : ..... NOM d'usage : ..... Prénom : ..... Date de naissance ...../...../.....  
 Adresse : .....  
 Code postal ..... Ville ..... Région .....  
 E-mail : ..... Téléphone ..... Fax : .....

### VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE :

Interne en Médecine Générale  Semestre : 1<sup>er</sup> 2<sup>e</sup> 3<sup>e</sup> 4<sup>e</sup> 5<sup>e</sup> 6<sup>e</sup>

### LA FORMULE « Stage IMG » :

Cette formule à tarif privilégié est réservée aux Internes en Médecine Générale tant qu'ils sont effectivement en semestre de stage dans le cadre du DES de Médecine Générale.  
 La cotisation annuelle est sinon appelée à 45 € pour les non-thésés et à 84 € pour les thésés.



Cette formule vous fait bénéficier :

- d'une assurance responsabilité civile professionnelle (RCP) souscrite auprès de la Médicale de France, qui couvre les stages ambulatoires et hospitaliers, mais aussi vos remplacements (avant validation du dernier stage et hors mise en disponibilité, à signaler au 0800.810.300),
- de l'accès au réseau social « Jeune-MG »,
- d'un abonnement à la revue papier « Jeune-MG »,
- de l'accès au site internet du SNJMG, avec module d'évaluation des stages et module de recherche de remplacements,
- d'une assistance syndicale individuelle et d'un soutien à vos projets collectifs,
- d'opportunités de prise de responsabilité au niveau local ou national.

### VOTRE ADHESION :

J'adhère au SNJMG   
 Je règle ma cotisation annuelle de façon étalée par prélèvements automatiques en complétant les autorisations dessous et en joignant un RIB   
 Je règle ma cotisation annuelle ce jour en une seule fois par chèque  ou en espèces   
 Je souhaite souscrire gratuitement, sous réserve d'éligibilité, la RCP « Carte Médicale Plus » de La Médicale de France   
 Je suis volontaire pour participer à la vie du syndicat au niveau local  ou national

Afin de bénéficier d'une déduction fiscale ou d'un crédit d'impôt, vous recevrez chaque année, par tacite reconduction de l'adhésion, le justificatif de votre adhésion.

Fait à ....., le ...../...../.....

**Signature de l'adhérent :**

**SNJMG : 33 avenue Edouard Vaillant 92150 SURESNES – Tél/Fax: 01 47 98 55 94 – Email: info@snjmg.org – Site www.snjmg.org**

## DEMANDE DE PRELEVEMENT

(La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier)

### Demande de prélèvement :

Nom, Prénom : ..... Adresse du débiteur .....  
 Désignation et adresse de l'établissement teneur du compte : .....  
 Compte à débiter / ..... / ..... / ..... / .....  
 Banque Guichet N° de compte clé

Date : ...../...../.....

**Signature :**

Créancier : SNJMG  
 Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes  
 33 avenue Edouard Vaillant 92150 SURESNES  
 Numéro National Emetteur : 420728

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération N°80 du 01/04/01980 de la CNIL. Aucune demande de prélèvement automatique ne peut être annulée en cours d'année, jusqu'à la fin de l'échéance d'adhésion en cours.

### AUTORISATION DE PRELEVEMENT

#### Autorisation de prélèvement

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-dessus. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur du compte. Je réglerai le différent directement avec le créancier. Aucune demande de prélèvement automatique ne peut être annulée en cours d'année jusqu'à la fin de l'échéance d'adhésion en cours.

Nom, Prénom : ..... Adresse du débiteur .....  
 Désignation et adresse de l'établissement teneur du compte : .....

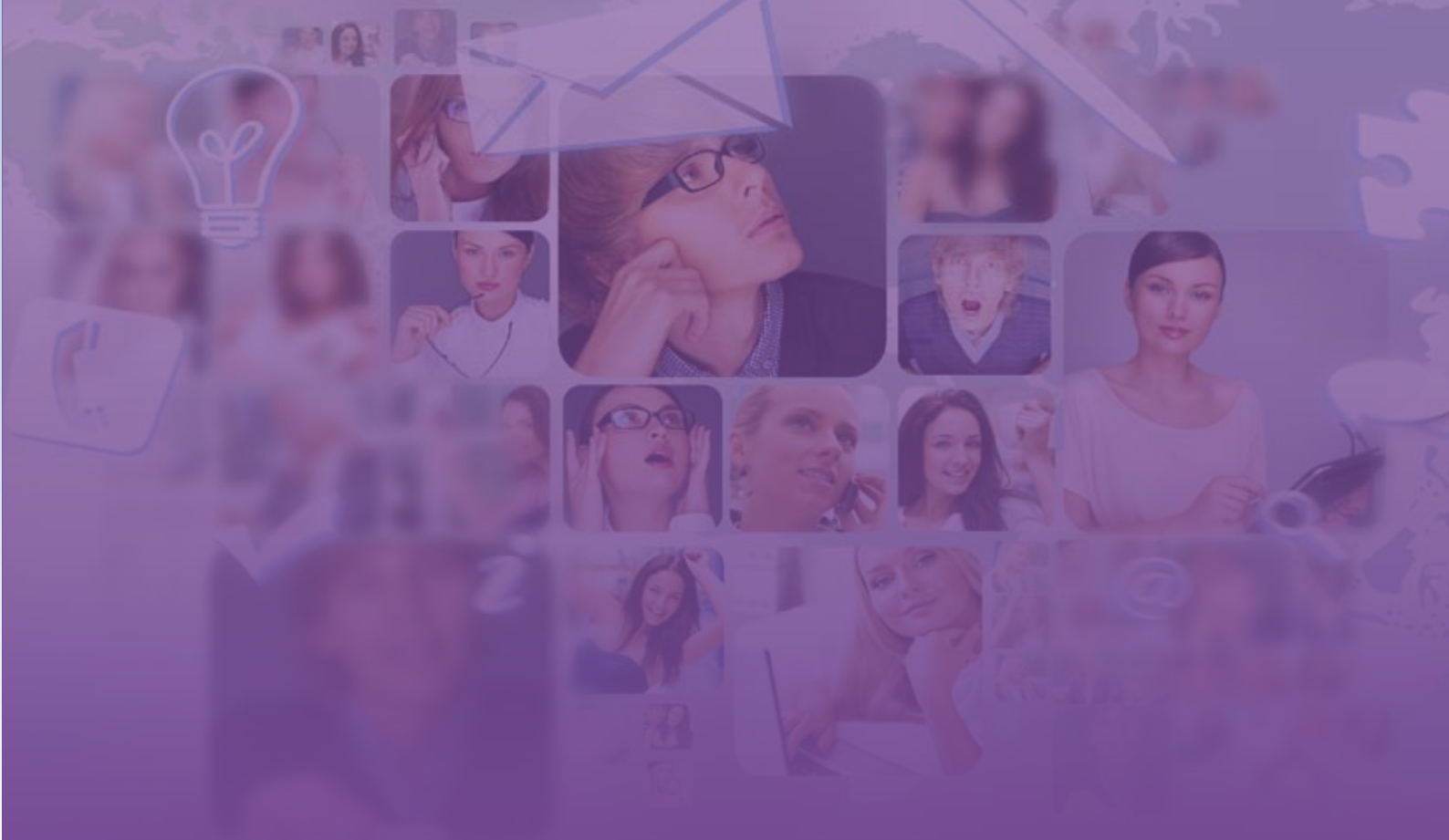
Compte à débiter / ..... / ..... / ..... / .....  
 Banque Guichet N° de compte clé RIB

Date ...../...../.....

**Signature :**

Créancier : SNJMG  
 Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes  
 33 avenue Edouard Vaillant 92150 SURESNES  
 Numéro National Emetteur : 420728

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RIB**



# ANNONCES DE RECRUTEMENT

## Marne la Vallée - Disney Val d'Europe

Le Pôle médical de Bailly-Romainvilliers "Les Champs Alizés"



### recherche deux médecins généralistes en exercice libéral (important accroissement de la demande locale) et autres spécialités médicales et paramédicales

Nous vous proposons de louer des locaux conçus pour vous permettre d'exercer dans les meilleures conditions au sein de la communauté médicale des Champs Alizés.

Visites des locaux disponibles sur rendez-vous.

Renseignements : 06 33 13 40 43 ou [lwalczak@orange.fr](mailto:lwalczak@orange.fr)

Visitez notre site : [www.polemedicalbaillyromainvilliers.fr](http://www.polemedicalbaillyromainvilliers.fr)

## CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE CHAMPS ELYSEES à EVRY (91)

90 lits d'hospitalisation et 30 places de jour - Spécialisés en neurologie et ortho-traumatologie



### RECHERCHE

## UN MEDEDIN GENERALISTE SALARIÉ En CDI - Temps plein (CC FHP)



Candidature à adresser à :

Mme Euvrard - CRF CHAMPS ELYSEES - 5 rue de la Clairière - 91000 Evry

ou par courriel : [direction@hpevry.fr](mailto:direction@hpevry.fr)

Renseignements au 01 60 87 87 72



### L'ASSOCIATION DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES D'ERMONT PROPOSE A DES MEDECINS GENERALISTES D'EXERCER AU SEIN D'UNE MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE.

STATUT LIBERAL.

Nouvelle structure et conditions d'exercice attrayantes.

Pour toute question, contactez Violaine HANICOTTE, chargée de mission Prévention santé à la mairie d'Ermont au 01 30 72 38 07  
ou par mail à [violaine.hanicotte@ville-ermont.fr](mailto:violaine.hanicotte@ville-ermont.fr)

La commune d'Ermont (plus de 28 000 habitants) se situe au nord-ouest de Paris dans le Val d'Oise, à 20 min en train de la gare Saint-Lazare, de la gare du Nord et du RER C. Elle compte 4 gares sur sa commune et est traversée par l'A15 et l'A115. Située au cœur de la vallée de Montmorency, son cadre de vie est très agréable.



## CLINIQUE VONTES & CHAMPGAULT

# OFFRE COLLABORATION GÉNÉRALISTE

## CONTRAT D'EXERCICE LIBÉRAL - TEMPS PARTIEL

Situées à Esvres-sur-Indre, à 25 km de Tours, les cliniques de Vontes et Champgault sont des établissements de soins en hospitalisation libre, spécialisés en psychiatrie.

Les cliniques de Vontes et Champgault ce sont :

- 135 lits d'hospitalisation complète pour adultes,
- 7 psychiatres,
- 5 unités de soins sur deux sites distants d'un kilomètre,

Proposition d'un contrat d'exercice libéral avec :

- Mise à disposition d'un bureau médical équipé,
- Possibilité de logement sur site financé par la clinique,

Poste :

Nous recherchons plusieurs Médecins Généralistes H/F, pour constituer une équipe qui aura pour missions d'assurer une prise en charge somatique globale et d'assurer la permanence médicale de nuit (sous forme d'astreinte) les jours ouvrés :

- Examen d'entrée,
- Examen spécifique à la demande d'un médecin psychiatre de l'établissement,
- Bilan pré prescription des traitements psychotropes,
- Suivi somatique des patients,
- Astreintes téléphoniques de nuit de 18h30 à 8h (interventions sur site en cas de besoin) du lundi au vendredi, réparties entre plusieurs médecins.

Possibilité d'assurer uniquement les consultations de jour et/ou les astreintes de nuit.

Contact : VINCENT QUIOC - Directeur Cliniques de Vontes & Champgault  
T. : 02 47 34 15 44 - E. : v.quioc@inicea.fr - www.cvc-inicea.fr



## Maison de Santé de Senonches

Ouverte depuis le 18 mai 2013  
Surface de 875 m<sup>2</sup> avec une extension possible de 300 m<sup>2</sup>

Équipe pluridisciplinaire composée de 14 professionnels de santé :

- 3 médecins généralistes, dont un médecin affecté au SISTEL.
- 4 infirmiers • 2 masseurs-kinésithérapeutes
- 1 ostéopathe • 1 pédicure-podologue
- 1 sage-femme • 1 dentiste
- Les services de la Protection Maternelle et infantile (PMI) et services sociaux du Conseil Général

## CHERCHE MÉDECIN GÉNÉRALISTE



- 7 communes et 6090 habitants.
- Ville centre : Senonches.
- Services de proximité : poste, banques, commerces, écoles, collège, crèche...
- Offre de loisirs : animations culturelles (médiathèque, école de musique, cinéma...), animations sportives (gymnase, terrains de tennis, stade de foot, dojo...), camping éco construction « Huttopia », Forêt domaniale de Senonches.

- 40 min de Chartres, 1h40 de Paris.
- N° 12 Paris - Alençon,
- Gare de La Loupe à 10 min de Senonches : ligne Paris/Chartres/Le Mans.
- Zones d'activités : Environ 250 entreprises dans des domaines d'activités très variés.
- Senonches est en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR). Le dispositif PTMG a pour objet de favoriser l'installation des jeunes médecins.

## CADRE DE VIE



### Contacts

Communauté de Communes du Perche Senonchois - 2 rue de Verdun - 28250 SENONCHES

Tél. : 02 37 37 37 28 - cdc.perche-senonchois@ville-senonches.fr - Site internet : www.senonches.com

Président : Xavier NICOLAS - Directrice : Laure JEANNE



LA COMMUNE DES EYZIES DE TAYAC-SIREUIL EN PÉRIGORD NOIR (24620) **RECHERCHE un deuxième médecin généraliste** pour son cabinet médical

Commune de 900 habitants entourée de 8 communes rurales, située dans un haut lieu touristique, accueillant 1 million de visiteurs par an, recherche pour son Cabinet Médical un deuxième médecin. La Commune est située en Zone de Revitalisation rurale.

Local possible au sein du groupe médical et possibilité de logement temporaire.

La commune possède une pharmacie, une école rénovée avec quatre classes, le Musée national de Préhistoire, le Pôle International de la Préhistoire, de nombreux sites touristiques très fréquentés et une gare SNCF (ligne Périgueux-Agen). Elle compte de nombreux hôtels et restaurants, une résidence de tourisme et deux campings importants.

**Contact :** Monsieur Philippe LAGARDE - Maire

4 Place de la Mairie 24620 Les Eyzies de Tayac-Sireuil - Portable 06 83 89 00 59 - mairie.eyzies@wanadoo.fr

**Le Groupe AHNAC (Association Hospitalière Nord Artois Cliniques) - CONVENTION FEHAP 51**



**Groupe  
AHNAC**

**RECHERCHE** pour renforcer son service de 40 lits médecine polyvalente au sein de la polyclinique de Riaumont basée à Liévin (Clinique à orientation gériatrique avec filière gériatrique complète, présence de spécialistes, service d'urgence, surveillance continue et maternité). Plusieurs praticiens temps plein ou temps partiel pour intégrer son équipe médicale.

**MEDECIN POLYVALENT TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL**

*Poste à pourvoir dès septembre 2014*

Renseignements complémentaires au 03 66 30 80 04

Merci d'adresser un courrier manuscrit accompagné d'un CV à l'attention de :  
M. BRIQUET - Directeur de la Polyclinique de Riaumont  
2 Rue entre deux monts - 62800 Liévin cedex - [ybriquet@ahnac.com](mailto:ybriquet@ahnac.com)

*FILIERIS, le réseau santé de la CANSSM est ouvert à tous les assurés sociaux et implanté dans l'ensemble de la France. Organisé en filière, il propose une offre de soins et de services unique et coordonnée, afin de permettre à chaque patient de bénéficier d'une prise en charge globale de qualité, le tout structuré en parcours de santé personnalisé.*



**FILIERIS**  
*la santé en action*

**Le réseau santé FILIERIS recrute !**  
**Des médecins généralistes**  
 en CDI et CDD ( tous secteurs : Alsace, Lorraine-Nord et Moselle-Est)  
**Des médecins spécialistes**  
 en CDI (en Moselle-Est)

**Carmi Est**

**Vous souhaitez rejoindre notre équipe de professionnels de santé ?  
 Nous engageons une démarche active de recrutement pour la région Est.**

Pour consulter les annonces et découvrir FILIERIS : [www.carmiest.fr](http://www.carmiest.fr) | Contact | [recrutement-ps.carmie@filieris.fr](mailto:recrutement-ps.carmie@filieris.fr) | Tél. : 03 87 39 73 42



**RECHERCHE MEDECINS**

COMMUNE DE BEAUZAC  
 Haute-Loire  
 2819 habitants  
 (+760 hab. en 10 ans)  
 30 min de ST-ETIENNE  
 40 min du PUY EN VELAY



**POUR NOUVELLE MAISON MEDICALE**

LES PLUS :  
 « PROJET MAISON MÉDICALE DU SECTEUR  
 CANDIDATURE POUR UN ÉTABLISSEMENT SSR »

Développement d'une équipe pluridisciplinaire au sein de sa nouvelle Maison Médicale (ci-dessous) :

- 2 CABINETS de MÉDECINS (Patientèle suffisante)
- 1 PHARMACIE • 1 KINÉ • 1 CABINET INFIRMIERS • 1 OSTÉOPATHE

Mutualisation d'un secrétariat administratif



[www.ville-beauzac.fr](http://www.ville-beauzac.fr)

Jean PRORIOL - Maire de BEAUZAC  
 04 71 61 47 49 - [jean.prioriol@ville-beauzac.fr](mailto:jean.prioriol@ville-beauzac.fr)

Dr Y. BALAY - 04 71 61 48 80 - [yves.balay@orange.fr](mailto:yves.balay@orange.fr)  
 (pour accueil immédiat dans cabinet actuel)

## Clinique du Château de Parsay



Etablissement de soins de suite et de réadaptation polyvalent, IGH Groupe Privé de Maisons de Retraite, 74 lits installés, situé dans le Sud Deux-Sèvres, 30 minutes de Niort, Saint Jean d'Angély, 1 heure de Saintes, Poitiers et La Rochelle.

## Recrute médecins salariés généralistes ou gériatres à temps plein en CDI

### Missions principales :

- Prise en charge médicale des patients : examen médical d'entrée, assure le suivi médical pendant le séjour, participe à la continuité des soins, rédige les documents de sortie.
- Est à l'écoute du patient et de sa famille et rencontre les familles.
- Collabore avec les différents corps de métiers intervenant au sein de l'établissement pour le bien-être des patients : direction, pharmacien, IDE, Aides Soignantes, kinésithérapeutes, diététicienne, assistante sociale, psychologue, secrétariat, cuisine, etc.
- Participe aux différentes instances de l'établissement (CME, EOH, CLAN, CLUD, CRUQPC, COVIRIS).
- Est membre du Comité de Pilotage de la Certification des établissements de santé; participe aux actions de suivi des recommandations de la HAS.
- S'engage dans l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).
- Supplée aux absences des collègues médecins en cas de besoin.

Salaire proposé selon expérience - Convention Collective de la Fédération de l'Hospitalisation Privée - Statut Cadre.

**Poste à pourvoir au 15 octobre 2014.**

**Faire envoi Lettre de Motivation et CV**

**Contact :** Madame GUERINEAU Directeur

Tél. : 05 49 76 70 43 - Mail : [direction@parsay.fr](mailto:direction@parsay.fr)



L'association est un établissement médico-social accueillant des personnes en difficulté avec leur consommation de produits psycho actif. Dans le cadre du projet d'établissement, il est mis en place un accompagnement global individualisé au service de la personne accueillie.

## DEUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES

en CDI (deux mi-temps) - Pour ses centres d'addictologie (CSAPA généralistes) de PARAY/MONTCEAU et LE CREUSOT/AUTUN

### Informations sur le poste

Le médecin intervient au sein du secteur médico-psycho-social, sur une mission articulée autour de :

- La réalisation d'évaluations médicales.
- La prescription et le suivi des traitements médicamenteux dont les traitements de substitution aux opiacés.
- La gestion des dossiers médicaux sur le logiciel d'activité.
- La prise de relais avec les intervenant extérieurs en matière de suivi médical.

### Profil recherché :

Le praticien recruté devra :

- Avoir de l'intérêt pour les problématiques addictives, formation assurée.
- Être inscrit(e) au Conseil de l'Ordre des Médecins en France.
- Avoir des capacités à travailler en équipe, partager les informations et la décision.

### Rémunération :

selon la convention collective de travail du 15 mars 1966



Si vous êtes intéressé(e), n'hésitez pas à nous envoyer votre CV à l'adresse : [anpaa71@anpaa.asso.fr](mailto:anpaa71@anpaa.asso.fr) ou à nous contacter au 03 85 38 42 86 pour que nous puissions vous faire parvenir un complément d'information.



**Le Pôle Santé Sarthe et Loir** est un établissement comprenant 1 centre hospitalier, 2 EHPAD, 1 foyer de vie et 1 IFSI/IFAS, (département de la Sarthe, couverture d'un bassin de population de 100 000 habitants entre Sablé-sur-Sarthe et La Flèche, à proximité d'Angers et Le Mans - 45 km. Ligne TGV à 1h15 de Paris).

recherche pour son secteur EHPAD :

## 2 MEDECINS GERIATRES OU GENERALISTES A TEMPS PLEIN (fonction de coordonnateur EHPAD)

- Médecin prescripteur et coordonnateur du site de Sablé Sur Sarthe (275 lits).
- Suivi médical des résidents assuré de manière exclusive par des médecins salariés de l'établissement.
- Rémunération sur la base de la grille de praticien hospitalier ou de praticien hospitalier contractuel.
- Le médecin coordonnateur doit être titulaire d'un DU de médecin coordonnateur ou d'une capacité en gériatrie. A défaut, il doit s'engager à obtenir ces qualifications.
- Il doit être inscrit au conseil de l'ordre des médecins.



Contacts :

Direction des Affaires Médicales  
Mme Annie-Laure DESPREZ  
Tél. : 02 44 71 30 41  
Mail : stouchard@pole-pssl.fr

• Direction du secteur médico-social  
M. Samuel TARLÉ  
Tél. : 02 44 71 32 27  
Mail : starle@pole-pssl.fr



*LOMBRON, village du Nord-Sarthe de 2 000 habitants - potentiel avec Communes environnantes : environ 5 000 habitants. Situé à 20 minutes du Mans, 50 minutes d'Angers ou de Tours par l'autoroute et 1 heure de Paris Montparnasse en TGV. Lombron possède déjà dans le domaine médical ou paramédical une pharmacie, une infirmière, et un cabinet dentaire. C'est un village très agréable, avec plusieurs commerces et de nombreux artisans. Le côté associatif est également très important dans les domaines culturel, social, et sportif.*

## RECHERCHE UN OU DEUX MEDECIN(S) GENERALISTE(S)

En vue du remplacement du médecin actuel en fin de carrière.

L'accueil du ou des futur(s) médecin(s):

La commune a l'intention de construire un bâtiment adapté dont l'étude sera menée en collaboration avec le ou les futur(s) médecin(s) mais peut mettre d'ores et déjà à disposition à titre provisoire, dans un délai relativement court, un local professionnel.

Elle est également prête à examiner toutes les solutions qui pourraient faciliter l'installation et le « démarrage professionnel » du ou des futur(s) médecin(s).

**Renseignements auprès de :**

Monsieur Alain GRÉMILLON - Maire de LOMBRON  
Monsieur Serge BERNÈS - Adjoint au Maire

Tél. : 02 43 74 08 08 - 06 87 84 77 54  
mairie-lombron@wanadoo.fr

Site de la commune :  
[www.mairie-lombron.fr](http://www.mairie-lombron.fr)



**VENDÉE**  
CONSEIL GÉNÉRAL

**WWW.VENDEE.FR**

# LE CONSEIL GÉNÉRAL DE VENDÉE RECRUTE

- **MÉDECIN DE CIRCONSCRIPTION (H/F)**  
LIEU D'AFFECTATION : CIRCONSCRIPTION D'ACTION SOCIALE DE FONTENAY LE COMTE
- **MÉDECIN DE PRÉVENTION (H/F)**  
LIEU D'AFFECTATION : LA ROCHE SUR YON

*Merci d'adresser votre candidature (lettre de motivation + CV + Photo)  
Par courrier à :*

**Monsieur le Président du Conseil Général**  
Direction des Ressources Humaines  
40 rue du Maréchal Foch  
85923 LA ROCHE SUR YON CEDEX 9  
Ou par courriel à [drh@vendee.fr](mailto:drh@vendee.fr)



## CAISSE DE PRÉVOYANCE SOCIALE Saint-Pierre et Miquelon (97500)

Archipel français situé dans l'Atlantique Nord à proximité du Canada  
Population : 6 000 habitants (île de Saint-Pierre) + 600 habitants (île de Miquelon)  
Climat maritime frais (en hiver : 0°C et -10°C / en été : 15°C et 25°C)



*Saint-Pierre et Miquelon  
Terre de France,  
en Amérique du Nord*

### RECHERCHE pour son centre de santé à Saint-Pierre :

#### • 3 MÉDECINS GÉNÉRALISTES

(coefficient de qualification selon la CC de l'UCANSS 605)

#### Missions / Activités

- Médecine de ville (consultations au centre de santé ou au domicile type médecin traitant)
- Activités diversifiées du fait de peu de spécialistes sur l'archipel
- Travail en réseau sur un programme commun
- Activités annexes : répartie entre les différents médecins (crèche, scolaire, marine, prison)
- Possibilité d'intervention avec médias locaux

#### LE CENTRE DE SANTÉ

- 7 médecins généralistes (dont 1 au poste médical de Miquelon),
- 1 chirurgien-dentiste,
- 4 infirmières,
- 1 orthodontiste (en mission),
- 4 kinésithérapeutes,
- 1 orthophoniste,
- 3 prothésistes dentaires,
- 1 diététicienne,
- 1 coordinateur de pôle administratif,
- 1 assistant administratif,
- 2 secrétaires médicales,
- 5 agents polyvalents

Contacts : Ressources Humaines de la CPS - 0508 41 15 89 - [rh@secuspm.com](mailto:rh@secuspm.com)

Candidatures à adresser à : Madame Sandrine LEBAILLY - BP 4 220 - 97500 Saint-Pierre et Miquelon

Nom (patronyme) : ..... Nom d'usage : ..... Prénom : ..... Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Adresse : ..... Code postal ..... Ville .....  
 Téléphone ..... Emails : .....

### SITUATION UNIVERSITAIRE :

Faculté d'origine:..... Faculté actuelle: .....  
 Interne en médecine générale : semestre : 1  2  3  4  5  6  en disponibilité  tous semestres validés et inscrit(e) en thèse  
 Thèse soutenue le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### SITUATION PROFESSIONNELLE : (Joindre impérativement un justificatif afin de justifier de notre représentativité)

Remplaçant(e) non-thésé(e)  Remplaçant(e) thésé(e)   
 Collaborateur (-trice)  Date de début : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ville : ..... Code postal : .....  
 Installé(e)  Date d'installation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ville : ..... Code postal : .....  
 Fonction hospitalière : Hôpital..... Ville : ..... Code postal : .....  
 Précisez : FFI  Assistant  Vacataire  Praticien hospitalier  depuis le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Autre médecin salarié  depuis le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### FORMULES DE COTISATION :

« A » 24 €/an ou 2 €/mois en prélèvements mensuels : **pour les internes en poste hospitalier ou ambulatoire.** Cette formule comprend une RCP gratuite réservée aux internes en cours de stages. Attention ! Dès changement de statut, vous devez contacter notre partenaire La Médicale de France pour vous couvrir par un contrat de RCP adapté.

« B » 45 €/an ou 3,75 €/mois en prélèvements mensuels : **pour les non-thésés** dès lors qu'ils ont validé tous leurs semestres d'internat, ainsi qu'aux **conjoints d'adhérents au tarif plein.**

« C » 84 €/an ou 7 €/mois en prélèvements mensuels : **pour les thésé(e)s et les adhésions de soutien** (montant minimum).

Pour régler ma cotisation (A, B ou C), je choisis le paiement en une fois  / par prélèvement mensuel

Au besoin, j'adresse par ce courrier les documents nécessaires aux prélèvements automatiques. Je recevrai au début de chaque année un justificatif de mon adhésion pour ma déclaration d'impôt. Le renouvellement de l'adhésion se fait par tacite reconduction en cas de paiement par prélèvements mensuels. Les prélèvements tarif réduit (A ou B) passent automatiquement en tarif plein (C) au bout de 3 ans en l'absence de justification du maintien du tarif réduit.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature (et éventuel cachet) :

A RETOURNER AU SNJMG : 33 avenue Edouard Vaillant 92150 SURESNES  
 Tél. : 01 47 98 55 94- email : info@snjmg.org- Site www.snjmg.org

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce mandat, vous autorisez le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions du SNJMG. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. (Note : les droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque)

### Référence unique du mandat

#### Débiteur :

Votre Nom : .....  
 Votre adresse : .....  
 Code postal ..... Ville .....  
 Pays .....

IBAN / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (à joindre obligatoirement)

BIC / \_\_\_\_\_ / Paiement :  Récurrent/Répétitif  Ponctuel

A : ..... Le ..... Signature :

### Identifiant créancier SEPA :FR90ZZZ420728

#### Créancier :

Nom : Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes  
 Adresse : 33 avenue Edouard Vaillant  
 Code postal : 92150 Ville : SURESNES  
 Pays : France

# Rejoignez la communauté des Médecins Généralistes



Sur  
**Reseauprosante.fr**

Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - [contact@reseauprosante.fr](mailto:contact@reseauprosante.fr)