

JEUNE!MG

Le Bulletin des Jeunes Médecins Généralistes

Snjmg

N°11
Mars 2015

RESTONS! CONNECTÉS!

Actualités

Objets connectés et « Quantified Self »

Vie professionnelle

L'avenir du système de santé français

Perspectives

Les mouvements de grève de l'hiver 2014-2015

Vous avez un projet d'installation ?



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

Site dédié à **l'installation**
et à la **1^{ère} activité libérale**
des professionnels de santé



ESPACE PERSONNEL
GRATUIT



ACTUALITÉS,
VIDÉOS, TÉMOIGNAGES,
ARTICLES JURIDIQUES...



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



CONTENU COMPLET
ADAPTÉ À VOTRE PROFESSION

» Contactez-nous :



www.lamedicale.fr et



application iPhone
et Android

► N°Cristal 0 969 32 4000

APPEL NON GRATUIT



SOMMAIRE

EDITORIAL

p. 05

L'heure de vérité

ACTUALITES

p. 06/12

Université - Internat

L'Interne en médecine : un agent public avec un statut à géométrie variable

Remplacement - Installation

Objets connectés et « Quantified Self »

VIE PROFESSIONNELLE

p. 14/25

Recherche en médecine générale

La difficulté de prise en charge des patients présentant une plainte psychosomatique

Thérapeutique

Vaccins contre le papillomavirus, ce que l'on sait... ou pas...

Enseignement - formation

Le DUMG m'a tué

Correspondances - Discussions

L'avenir du système de santé français

PERSPECTIVES

p. 26/39

Dynamique syndicale

Dossier privés de thèse : où en sommes-nous ?

Communiqués de Presse

Les mouvements de grève de l'hiver 2014-2015

QUESTIONS - REPONSES

p. 40/42

Médecin généraliste et soins palliatifs

ANNONCES DE RECRUTEMENT

p. 45

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 Lanzì, 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 2100 exemplaires. Maquette et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.





L'heure de vérité

Toujours en pointe, le SNJMG a été la première organisation de jeunes médecins à s'alarmer des incroyables régressions contenues dans le projet de loi de Santé et à s'engager résolument dans la bataille pour sauver la médecine générale et un accès aux soins de qualité pour tous.

Ainsi, après une campagne d'information menée dès l'année dernière auprès des patients, de politiques et des médias, nous avons défilé le 6 janvier dernier entre le ministère de l'Enseignement Supérieur et celui de la Santé.

Cette mobilisation a permis une ébauche de dialogue et quelques progrès significatifs sur plusieurs dossiers (privés de thèse, caractère non-obligatoire du tiers-payant, meilleur encadrement des délégations de tâches...), mais il reste évidemment beaucoup à faire !

Si le Bureau est bien sûr particulièrement mobilisé et actif en ce début d'année 2015, notre succès dépendra beaucoup de l'engagement et de la mobilisation de nos sympathisants et adhérents. C'est en effet le moment d'aider à l'effort collectif en pensant à adhérer (ou à ré-adhérer) au syndicat ! Il suffit pour cela de quelques clics sur le site www.snjmg.org nouvelle version !

C'est aussi le moment de se faire connaître - auprès de notre nouvelle Chargée de Développement, Madame Lauréline DUPRE, à qui je souhaite la bienvenue au sein de l'équipe du SNJMG - pour le renouvellement des Délégués Régionaux. Il y a quatre postes à pourvoir par région, avec un binôme féminin/masculin (parité oblige !) et leurs suppléants.

La mobilisation sur le terrain s'intensifie avec notamment la manifestation nationale du 15 mars, mais aussi avec d'autres actions à venir...

Cette année 2015 est réellement cruciale. C'est l'heure de vérité quant au choix d'un modèle de

système de santé pour la France. La médecine générale y aura-t-elle la place que nous espérons tous ?

Une partie de la réponse dépend de notre engagement. C'est maintenant !

“Cette année 2015 est réellement cruciale. C'est l'heure de vérité quant au choix d'un modèle de système de santé pour la France.”

Dr Théo COMBES
Président du SNJMG

Université – Internat



L'Interne en médecine : un agent public avec un statut à géométrie variable

Les articles du Code de la Santé publique R.6153-1 s'appliquent aux Internes en médecine qui accomplissent leur troisième cycle d'études dans les conditions prévues aux articles R.633-2 du Code de l'Education.

Le Code de la Santé définit les modalités d'exercice des fonctions hospitalières et extra hospitalières des Internes en médecine.

Le Code de l'Education définit l'organisation du troisième cycle de la formation médicale universitaire.

Les articles des deux Codes évoluent en fonction de la publication des décrets ministériels rédigés par la DGESIP et de la DGOS, avec l'aide d'éminents conseillers.

Les modifications apportées aux statuts sont rarement à l'avantage des Internes.

En témoignent les limitations du nombre d'inscriptions en thèse et en DES ainsi que l'exclusion des 2 demi-journées de formation du calcul du temps de travail des Internes.



Une seule exception : Le repos de sécurité à la suite d'une garde de nuit.

Créé en 2001, à la demande du SNJMG, le repos de sécurité a été l'unique amélioration apportée au statut des Internes. Les médecins hospitaliers en ont bénéficié par la suite en 2003. Le statut des médecins hospitaliers, toutes catégories confondues, définit de façon précise le calcul de leur temps de travail et de leur rémunération. Certains articles issus des statuts des médecins hospitaliers, sont transposés dans le statut des Internes mais n'ont pas la même portée :

Par exemple

- Au sujet des bornes horaires qui encadrent l'activité de jour et de garde, définie par l'arrêté du 10 septembre 2002, la circulaire ministérielle du 2012 indique que :
« L'amplitude des bornes horaires prévues pour organisation des activités de jour et de garde ne peut servir de base pour calculer la durée de travail individuel, chaque interne ne travaillant pas pendant toute la durée correspondant au bornage horaire ».
- Au sujet de l'exclusion des 2 demi-journées de formation du calcul de la durée effective des obligations de service des Internes, dans cette même circulaire la ministre a écrit :
« Les deux demi-journées par semaine consacrées à la formation universitaire constituent une obligation de service de l'interne mais ne sont pas comptabilisés comme les obligations de services hospitalières ».

Il doit être rappelé ici que cette disposition a été introduite dans les textes après la signature d'un accord avec les représentants des internes le 19 décembre 2001 et que son objectif était de garantir aux internes du temps identifié consacré à la formation universitaire académique.

Mais c'est faux car l'accord portait sur la non comptabilisation du repos de sécurité dans les obligations de service afin de protéger la qualité de la formation universitaire...

C'est le décret du 10 août 2011 qui précise la « limite hebdomadaire du temps de travail de l'Interne » et exclut de celle-ci la formation universitaire.

Pour les Internes, l'exercice effectif des fonctions est limité à 48 heures par période de sept jours pour 9 demi-journées, calculées en moyenne sur une période de 4 mois. Dans ce même décret, pour les stagiaires associés ou FFI à diplôme étranger qui ne suivent pas de formation universitaire, la durée du travail est de 48 heures pour 10 demi-journées d'obligations de service.

Les conséquences de cette modification des statuts de l'Interne : des dérives de plus en plus fréquentes avec :

- Des tableaux de service qui n'indiquent pas la totalité du temps de travail effectué.
- Le travail de jour qui déborde ou qui est décalés sur le travail de garde, sans être ni déclaré ni rémunéré comme une gardes et qui ne donne pas droit au repos de sécurité .
- Le déguisement de la garde en astreinte et la perte du repos de sécurité.
- Le non respect des 2 demi-journées de formation universitaire et l'obligation pour les Internes de les qualifier de congés lorsqu'elles sont groupées.

Quand la faculté n'attribue pas de caractère obligatoire aux enseignements du DES, l'Interne effectue la totalité de ses obligations de service à l'hôpital.

Cette situation fréquente et bien connue, n'a pas empêché les DMG d'IDF de sanctionner le retard dans la remise des RSCA par la non validation d'un semestre d'internat, malgré l'excellente validation du chef de service hospitalier ou du maître de stage ambulatoire.

Les Doyens, responsables de la validation des semestres d'internat, n'ont même pas pris en compte les avis de validation de leurs collègues chefs de service et confrères.

Les modifications du statut des Internes prévues par la DGOS ne tiennent pas compte des conditions de travail des Internes :

- Les tableaux d'activité existent depuis longtemps, mais ne correspondent pas souvent à la réalité et aucune sanction n'est prise ni même prévue.
- L'Interne qui proteste est soumis au chantage pour la validation de son semestre d'internat. S'agissant de l'évaluation du travail de l'Interne, 4 mois de présence sur le semestre sont exigés et il n'y a ni examen ni session de rattrapage.
- L'ARS et les DMG n'ont pas les moyens en personnels pour assurer le suivi des plaintes des Internes,
- Le bornage de l'activité médicale de l'Interne est essentiel à la définition de son temps de travail. Si les obligations de service passent de 11 demi-journées à 10 demi-journées, la période de garde de WE, doit commencer le samedi à 8h30.

Laisser un bornage du temps de travail supérieur au nombre de demi-journées d'obligation de service, expose aux dérives subies par des nombreux Internes.

Ce n'est que par la prise en compte de la réalité du travail de l'Interne à l'hôpital et par sa rémunération qu'on obtiendra le respect de sa formation universitaire, ce qui est un atout pour ses activités médicales hospitalières et extra hospitalières, présentes et futures.

Le projet de la DGOS transforme le statut de l'INTERNE en un statut de STAGIAIRE.

En effet, l'INTERNE qui :

« consacre la totalité de son temps à ses activités médicales et à sa formation », « reçoit sur son lieu d'affectation, en sus de la formation universitaire, la formation théorique et pratique nécessaire à l'exercice de ses fonctions »,

devient un STAGIAIRE qui :

« consacre la totalité de son temps à sa formation pratique et théorique EN STAGE et à sa formation universitaire », alors même que les 2 demi-journées de formation universitaire ne sont pas

réintégrées dans le calcul de la durée de ses obligations de service.

« Bénéficie d'un temps de pause d'une durée minimale de 15 minutes par demi-journée de stage », temps qui sera déduit de la durée du travail, alors qu'un Interne est disponible à tout moment pour ses patients.

« La période de nuit est comptabilisée à hauteur de deux demi journées », alors qu'une garde de nuit a une durée de 14 heures, ce qui équivaut à 3 demi-journées de travail.

« La formation pratique et théorique ainsi que la demi-journée consacrée au temps de formation théorique universitaire, ne peuvent excéder quarante-huit heures par période de sept jours,

cette durée étant calculée en moyenne sur une période de trois mois » et qui perd, de ce fait, la 2^{ème} demi-journée de formation universitaire.

La définition des modalités de la formation universitaire de l'interne, est de la compétence du MESR et non pas du ministère de la Santé.

Ces modifications du statut des Internes n'apportent pas d'améliorations réelles aux conditions de travail des Internes, mais par un simple jeu d'écritures, permettront au gouvernement de contourner la réglementation européenne et d'éviter des sanctions financières.

Ida Marina LANZI

Les statuts des Internes avant leur modification par le décret du 10 août 2011 et l'éviction des 2 demi-journées de formation du temps

Statut des Internes jusqu'en décret du 10 août 2011

Article R.6153-2

Modifié par Décret n°2010-1187 du 8 octobre 2010 - art. 3

Praticien en formation spécialisée, l'interne est un agent public. L'interne consacre la totalité de son temps à ses activités médicales, odontologiques ou pharmaceutiques et à sa formation.

Ses obligations de service sont fixées à onze demi-journées par semaine dont deux consacrées à la formation universitaire qui peuvent être regroupées selon les nécessités de l'enseignement suivi et cumulées dans la limite de douze jours sur un semestre.



L'interne participe au service de gardes et astreintes. Les gardes effectuées par l'interne au titre du service normal de garde sont comptabilisées dans ses obligations de service à raison de deux demi-journées pour une garde. Il peut également assurer une participation supérieure au service normal de garde. L'interne bénéficie d'un repos de sécurité à l'issue de chaque garde de nuit. Le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service hospitalières, ambulatoires ou universitaires. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur et de la santé.

L'interne reçoit sur son lieu d'affectation, en sus d'une formation universitaire, la formation théorique et pratique nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

Actualité

Le projet de décret de la DGOS sur le TTI vient d'être écrit tel quel et sera appliqué le 1 mai pour le prochain semestre 2015.



JORF n°0050 du 28 février 2015 page 3849 texte n°19.

Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes.

Publics concernés : internes en médecine, en odontologie et en pharmacie régis par les articles **R.6153-1 à R. 6153-44 du code de la santé publique** ; internes et assistants des hôpitaux des armées régis par l'**article R.6153-93 du code de la santé publique**.

Objet : nouvelles dispositions statutaires relatives au temps de travail des internes.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le 1^{er} mai 2015.

Notice : le présent décret définit les obligations de service de l'interne, au titre de sa formation universitaire de troisième cycle des études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques, qui comprennent :

- En stage, huit demi-journées par semaine en moyenne sur le trimestre ; et,
- Hors stage, deux demi-journées par semaine en moyenne sur le trimestre, dont une demi-journée hebdomadaire de formation pendant laquelle il est sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité et une demi-journée hebdomadaire que l'interne utilise de manière autonome pour consolider et compléter ses connaissances et ses compétences.

La formation en stage, incluant le temps de garde et d'intervention en astreintes, ainsi que la demi-journée de formation hors stage ne peuvent excéder quarante-huit heures par période de sept jours, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de trois mois.

En outre, un tableau de service nominatif prévisionnel organise le temps à accomplir au titre de la formation en stage et hors stage de l'interne, à qui il est transmis un relevé trimestriel. Un système de récupération est instauré en cas de dépassement de la durée moyenne prévue d'une part pour le temps en stage et d'autre part pour le temps en formation sur un trimestre.

Enfin, il est prévu un droit de recours à deux niveaux (local, régional) en cas de non-respect des dispositions applicables ainsi que le retrait de l'agrément du service en cas de difficultés persistantes.

Remplacement - Installation

Objets connectés et « Quantified Self »

Bracelets, montres, ça d'accord. Mais également balances, ceintures, biberons, brosses à dents, chaussures, fourchettes, draps, musclateurs vaginaux (!) ... Dernièrement, quel objet du quotidien ne s'est pas vu affublé d'un capteur et d'une connexion Bluetooth, promettant ainsi le monitoring de ses activités quotidiennes, graphiques en couleurs à l'appui ? Où cela s'arrêtera-t-il ? Et surtout : est-ce vraiment utile ?

Si l'objet existe, son équivalent connecté sera bientôt là

En décembre dernier s'est tenue une conférence mondiale nommée "LeWeb" traitant des nouvelles technologies, pour lesquelles une étiquette « santé » promet une aura - et une rentabilité - particulières. Des entrepreneurs visionnaires y ont prononcé des expressions comme « médecine exponentielle », « thérapeutique numérique », ou encore « empowerment » du patient (mélange de responsabilisation et d'autonomisation). Ils y ont surtout présenté leurs fonds de commerce, i.e. sites web ou applications de prise de rendez-vous, d'aide au changement de comportement alimentaire ou sportif, d'entraînement du cerveau, etc., mais aussi et à foison : **des objets connectés.**

Pour les particuliers, beaucoup d'entre eux peuvent être affublés du titre de "gadget" - cf. la liste non exhaustive en début d'article -. Pour se donner des lettres de noblesse, les startups ont donc pensé au marché de la santé profession-

nelle, qui offre toujours une marge très intéressante : ont donc été imaginés des stéthoscopes multifonctions, des tensiomètres et stylos à insuline Bluetooth, des piluliers 4G, des tests d'urine sur smartphone, des patchs ou des lentilles de contact glycomètres, etc. Trouveront-ils une place dans l'arsenal diagnostique, ou seront-ils considérés comme « totalement inutiles et donc rigoureusement indispensables »* ? L'avenir nous le dira, alors que la concurrence sera rude. Et si Google a décidé d'abandonner en 2008 son projet « Google Health », service d'archivage des dossiers médicaux aux allures de DMP qui n'a pas connu le succès escompté, Apple vient de miser gros sur un programme judicieusement nommé « Health », pouvant agréger les données de nombreux objets connectés et applications partenaires. "Un smartphone pour les gouverner tous", à défaut d'une révolution.



Pour qui, pour quoi ?

- Pour l'utilisateur, dans une société connectée où tout se compare plus facilement, du meilleur prix auprès de 5000 vendeurs sur une boutique en ligne, à la qualité de tous les produits sur des sites collaboratifs**, il était logique que l'être humain, qui regarde en permanence un peu plus que la verdure de l'herbe de son voisin, puisse se comparer, et objectivement s'il vous plaît. L'excuse ? « Connais-toi toi-même ». Physiquement du moins : cela s'appelle le « quantified self » ou « soi quantifié ». L'effet pervers ? L'obsession de la mesure peut s'avérer chez certains culpabilisant voire anxiogène, quitte à passer à côté des vrais problèmes. Un exemple simple : les cardiologues eux-mêmes reconnaissent qu'il vaut mieux éviter de proposer l'automesure tensionnelle chez les patients anxieux, une hypertension réactionnelle pouvant paradoxalement être favorisée chez certains d'entre eux, voire le développement de véritables névroses.
- Pour les organismes payeurs en santé et en particulier les assureurs privés, c'est du pain béni : ces montagnes de données vous concernant leurs étaient auparavant inaccessibles. L'excuse ? Leur traitement via le « big data » ouvrira certainement de nouvelles opportunités dans la recherche médicale, en particulier dans l'analyse prédictive des conséquences



de comportements à risque. L'effet pervers ? Leur traitement individuel, via des fuites, des recoupements micro-statistiques, ou plus simplement via la revente en toute légalité de vos informations personnelles par accord tacite ou contractuel, moduleront probablement vos contrats d'assurances selon votre hygiène de vie - et la publicité qui s'affichera dans votre navigateur. Un exemple simple : aux USA, une compagnie d'assurance santé propose un contrat au tarif réduit avec un bracelet-podomètre-connecté de marque FitBit® (qui ne réinvente certes pas le podomètre, mais rend ses données aisément consultables sur son smartphone).

Pour la médecine générale

Dans un sondage Odoxa (<http://www.odoxa.fr/barometre-sante-360-la-sante-connectee>) pour Orange et la MNH réalisé auprès de 399 médecins généralistes français, 70 % de ces derniers ont estimé que les objets connectés pourraient être utiles pour leurs patients souffrant d'affections chroniques, et 93 % qu'ils pourraient contribuer à la prévention de facteurs de risque comme l'obésité, le diabète ou l'hypertension. À noter que seuls 37 % ont estimé qu'ils pourraient être utiles pour les autres, jeunes ou en bonne santé - soit la majorité du public sensible aux nouvelles technologies.

Aujourd'hui, moins de 1 % des patients arriveraient en consultation en apportant des informations issues d'objets connectés, alors qu'ils seraient plus de 70 % à consulter internet pour se renseigner. La révolution annoncée n'est donc pas pour demain, mais cette tendance s'inscrit dans un mouvement qui va transformer en profondeur le parcours de soins : développement de la télémédecine, responsabilisation individuelle des patients, recherche d'économies de coûts... On ne pratiquera plus dans 10 ans la médecine telle que nous l'avons apprise. Ne pas s'y intéresser aujourd'hui, c'est se voiler la face sur le lendemain.

D'autant qu'avec l'avènement de « l'homme quantifié », toutes ses bio-données insérées au sein de la Courbe de Gauss de l'Humanité, certains hauts fonctionnaires et décideurs ne manqueront pas de voir en la médecine générale une « médecine de normes ». Il faudra alors être vigilants pour ne pas laisser remplacer le médecin par un algorithme, toujours regarder l'humain avant la recommandation, soigner des gens, et non des chiffres.



Et après ?

Mais l'important dans les objets connectés d'aujourd'hui, au-delà de faire rêver quelques jeunes entrepreneurs et les férus de nouvelles technologies, c'est surtout de nous préparer à ceux qui viendront dans l'avenir : nous n'avons évoqué ici que des objets connectés extérieurs, les "wearables" ! Pour les autres, les 'insidables', lentilles, greffes, implants,

sondes anales, je vous laisse imaginer toutes les applications possibles à moyen et long terme. *** Ils seront commercialisés, n'en doutez pas, et ouvriront la voie à « l'homme augmenté ». Je vous laisse y songer, le livreur Amazon vient de sonner pour me livrer mes chaussettes connectées. Car oui, il y a aussi une application pour ça.

« Je vous enseigne le Surhumain. L'homme n'existe que pour être dépassé. Qu'avez-vous fait pour le dépasser ? Jusqu'à présent tous les êtres ont créé quelque chose qui les dépasse, et vous voudriez être le reflux de cette grande marée et retourner à la bête plutôt que de dépasser l'homme ? »

Friedrich Nietzsche, Ainsi parlait Zarathoustra (1883-1885)

* Cet article aurait été incomplet sans une citation de Jérôme Bonaldi, célèbre démonstrateur de gadgets, qui laissera à la postérité un effet comique qui porte son nom.

** J'y ai choisi l'anneau de dentition de mon fils, certain de mon choix après plusieurs heures de lecture de commentaires hautement céphalogènes et à la syntaxe douteuse. Il ne l'a jamais utilisé. VDM.

*** Et pourquoi pas revoir vos classiques SF sur ce thème comme les Ghost in the Shell, Deux Ex, Galaxy Express 999...

Dr David AZERAD

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





Recherche en médecine générale

La difficulté de prise en charge des patients présentant une plainte psychosomatique par les médecins généralistes en début d'exercice : une question identitaire ?

Thèse d'exercice. Médecine générale. UPEC, 2014. Chaboche A.

La médecine générale est centrée sur la personne avant de l'être sur la maladie.

Elle nécessite la prise en compte à un temps donné, et quelque soit la demande initiale, de l'ensemble des éléments biomédicaux, psycho-relacionnels et socio-environnementaux nécessaires à la prise en charge du patient et de son problème. En soins primaires, le médecin est confronté fréquemment à des situations à un stade précoce qui font intervenir un principe d'incertitude mêlant des composantes somatiques et psychiques : symptômes médicalement inexplicables, plaintes fonctionnelles, troubles somatoformes, syndromes somatiques fonctionnels...

Ces plaintes psychosomatiques sont un enjeu de recherche en médecine générale [1], [2], [3] car pour chaque médecin de premier recours, en moyenne un tiers des symptômes restent médicalement inexplicables (de 20 à 74 % selon les études [4]). Leur coût humain, économique [5], et psychologique est une préoccupation de santé publique comme l'illustre l'étude menée par l'Assurance Maladie à propos d'un groupe d'assurés sociaux dans la Vienne : une minorité de 3,6 % au sein de cette population utilisaient 14 % des remboursements totaux de cette région ; 41 % de ces patients présentaient un trouble somatoforme [6].

La complexité de ces plaintes répondrait pleinement aux spécificités de la médecine générale car la création en 2004 de son Diplôme d'Etudes Spécialisées a introduit des compétences propres

dont la prise en charge globale : « capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de la médecine générale » [7]. Or, les médecins en début d'exercice, issus du D.E.S., sont confrontés à des difficultés. La multiplication d'exams complémentaires et le recours répété à l'avis d'autres spécialistes aboutissent à une errance diagnostique et à une prise en charge délétère pour le patient [8], [1]. De nombreux travaux [9], [10], [11], [12], ont déjà permis d'identifier la genèse de ces difficultés : enseignement universitaire incomplet notamment en psychopathologie, approche relationnelle du patient inadaptée, mauvaise gestion du risque et de l'incertitude.





Nous avons réalisé une étude qualitative comprenant un focus group et quinze entretiens individuels, analysés par la méthode de réduction phénoménologique, pour donner une autre explication à la contradiction entre d'une part la connaissance théorique de ces causes et de ce qui permettrait une prise en charge globale adaptée, propre à la médecine générale, et d'autre part la difficulté pratique des médecins en début d'exercice à traiter ce type de plaintes complexes.

Pour cela nous avons étudié les médecins généralistes qui ont une activité principale en soins primaires, et qui ont été formés par la nouvelle organisation du 3^e cycle de médecine générale.

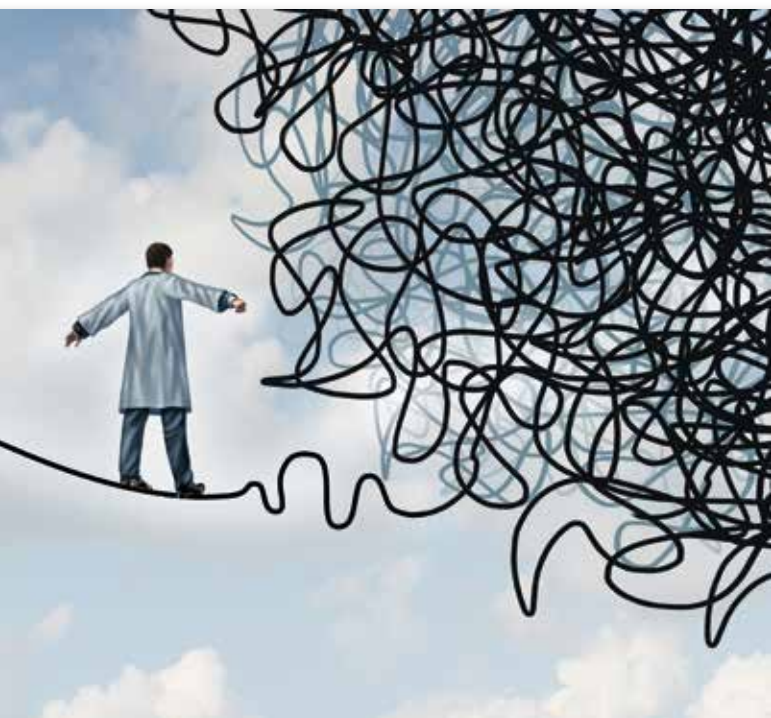
En pratique il s'agit des cohortes ayant débuté leur internat en 2004.

Ce travail montre tout d'abord que les nouvelles générations ont conscience de bénéficier d'enseignements et de formations pratiques durant l'internat propres à la médecine générale, renforçant la filière universitaire et la recherche dans ce domaine. Ils estiment qu'en étant devenus statutairement « spécialistes » depuis la réforme de 2004 et la création d'un D.E.S. distinct, ils poursuivent le travail de reconnaissance des spécificités de la discipline.

Ils identifient les plaintes psychosomatiques comme des entités nosologiques distinctes dans le champ des symptômes médicalement inexpliqués. Si ils s'intéressent de plus en plus à la complexité de ces plaintes, c'est en ayant conscience que les spécificités de leur discipline pourraient être une réponse pertinente pour prendre en charge ces patients. Mais certains n'hésitent pas à parler de souffrance ressentie dans la confrontation à la récurrence de ces plaintes et à un sentiment d'échec. Ces patients sortent des concepts de réflexion par organe, leurs pathologies étant une poly-plainte (soma et psy) complexe (à différents stades d'organisations et de symptômes) : Ils sont donc hors cadres. Au cours de la prise en charge, les médecins sont alors amenés à se demander où commence et où s'arrête leur rôle. Ils sont ainsi poussés dans les limites de leurs fonctions traditionnelles et renvoyés à une question identitaire. L'acquisition d'une identité de spécialiste les questionne et ils recherchent une nouvelle posture professionnelle en adéquation avec leurs aspirations, leurs compétences propres et leur rôle central dans le système de santé.

Ce travail soutient l'hypothèse que la difficulté de prise en charge des plaintes psychosomatiques est liée au travail d'intégration de cette identité dans la structure psychique et le champ théorico-

pratique des jeunes médecins généralistes. L'ouverture de leurs champs de connaissances entraîne une nouvelle construction de la « maladie psychosomatique » par le changement de statut du généraliste en spécialiste. Celui-ci se manifeste par une crise de transition identitaire : s'ils se définissent comme spécialistes de l'approche globale, d'importantes résistances psychiques, individuelles et administratives,



sont identifiées. Il apparaît clairement une importante demande de formation à des outils théoriques psychopathologiques et pratiques psychothérapeutiques spécifiques et adaptés aux internes de médecine générale.

Pour répondre à l'enjeu de santé publique des plaintes psychosomatiques et continuer de travailler à l'élévation de la médecine générale en une discipline spécialisée, une réflexion globale est nécessaire. Elle pourra être rendue possible par l'émergence d'un enseignement adapté dans le champs de la psychopathologie, et d'un allongement du temps d'imprégnation aux spécificités de la discipline (modèle de rôle, [13]) par l'augmentation quantitative et qualitative des stages ambulatoires (quatrième année d'internat, SASPAS obligatoire, répartition équitable du temps entre stages ambulatoires et hospitaliers). Il permettra alors, pour chaque médecin généraliste, de travailler au questionnement visant à définir les contours de son champ d'action psycho/somatique. Ce travail individuel sur leurs identités de spécialistes, et au sens plus large de soignants, donnera aux patients une nouvelle dimension thérapeutique.

Dr Adrian CHABOCHE

[1] DANDURAN M. Evolution de la prise en charge du patient psychosomatique en médecine générale. Thèse d'exercice. Médecine générale. Grenoble, 2008.

[2] LUTHY C, CEDRASCHI C, DE TONNAC N, ARCHINARD M, ALLAZ A-F. Symptômes médicalement inexpliqués en médecine interne : recommandations pour la prise en charge hospitalière. Revue Médicale Suisse n°565, 20/04/2013.

[3] PATRIS E.C. La prise en charge des troubles psychosomatiques en médecine générale : état actuel du savoir et des connaissances des médecins généralistes. Thèse d'exercice. Médecine générale. Paris VII, 2010.

[4] KROENKE K. Patients presenting with somatic complaints : epidemiology, psychiatric comorbidity and management. Int J Methods Psychiatr Res 2003 ; 12 : 34-43.

[5] DAPOIGNY M. Troubles fonctionnels intestinaux et impact en santé publique. Colon Rectum 2007 ; 1 : 255-58.

[6] DEMONDION B. HUGUET A. PATROUILLAUT C. Les troubles somatoformes : de la nécessité d'une prise en charge médicale adaptée. Rev Med Ass Maladie 2000 ; 1:7-13.

[7] ATTALI C, GAY B, MAIRESSE JP, ROUGERON C. La prise en charge globale : une réalité. Exercer 1993; 20 : 4-6.

[8] BALINT M. Le médecin, son malade, et la maladie. 1957.

[9] MEUNIER-FADEL S. Les symptômes médicalement inexpliqués en médecine générale : étude réalisée auprès de 12 médecins généralistes enseignants. Thèse d'exercice. Médecine générale. UPEC, 2009.

[10] MOREAU A. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. Thèse d'exercice. Médecine générale. Université Claude Bernard Lyon I, 2006.

[11] BOULANGE S. Les symptômes médicalement inexpliqués auxquels sont confrontés les étudiants en médecine générale : enquête épidémiologique réalisée auprès des étudiants en médecine de Paris 12. Thèse d'exercice. Médecine générale. UPEC, 2010.

[12] LE GO G. L'approche psychosomatique en médecine générale : à partir de deux cas. Thèse d'exercice. Médecine générale. Nantes, 2003.

[13] CHAMBERLAND M. HIVON R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie Médicale 2005 ; 6 : 98-111.



Thérapeutique

Vaccins contre le papillomavirus, ce que l'on sait... ou pas...

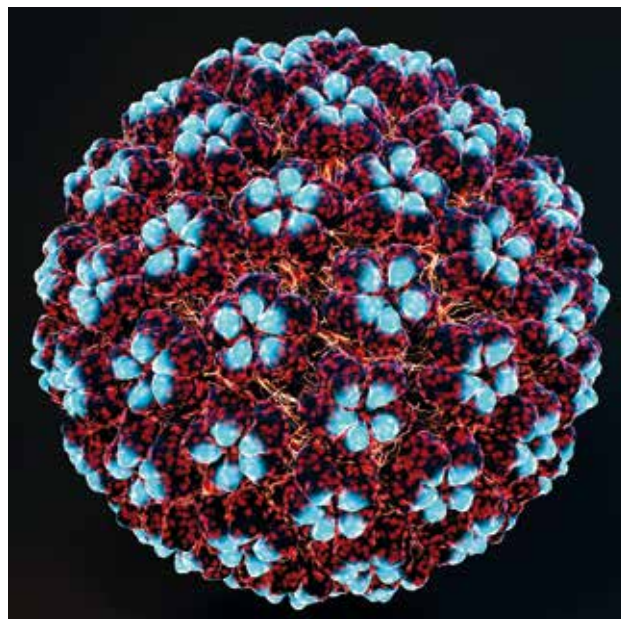
Etat des lieux des connaissances

Les infections génitales à papillomavirus sont fréquentes chez les adultes en période d'activité sexuelle. On connaît 150 génotypes de papillomavirus différents dont une quarantaine sont connus pour infecter l'appareil génital. Une quinzaine sont considérés à potentiel oncogène élevé.

Les 3 principaux génotypes identifiés dans les cancers du col de l'utérus sont le HPV-16 (73 %), le HPV-18 (19 %) et le HPV-31 (7 %).

La plupart des infections à papillomavirus sont transitoires. L'évolution vers un cancer est rare et survient dans moins de 0,3 % des cas. En pratique, il se passe environ 20 ans entre l'infection et le diagnostic d'un cancer invasif du col. En 2008, l'âge au moment du diagnostic d'un carcinome invasif dépassait 39 ans chez plus de 64 % des femmes atteintes.

Il existe, à ce jour en France, deux vaccins ayant l'AMM en prévention des lésions précancéreuses du col de l'utérus dues à HPV-16 et HPV-18 : le Cervarix et le Gardasil. Le Gardasil a également l'AMM en prévention des lésions précancéreuses vulvaires et vaginales ; sa composition inclut 2 types d'HPV supplémentaires, les HPV-6 et le HPV-11 responsables de condylomes.



La vaccination contre le papillomavirus est, en 2015, recommandée chez les jeunes filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage entre 15 et 19 ans révolus.

Cette vaccination peut être effectuée indifféremment avec l'un ou l'autre des deux vaccins, mais la vaccination de chaque sujet doit se poursuivre avec le même vaccin.

Mi-2013, 2 études portant sur le vaccin du papillomavirus 6, 11, 16, 18 ont montré, après en moyenne deux ans de suivi, une réduction de près de 100% des dysplasies de haut grade dues aux génotypes que le vaccin contient, chez des femmes non infectées. Mais tous les génotypes confondus, la réduction a été de 40 % au bout de 4 ans. L'évaluation du vaccin papillomavirus 16, 18 a montré des résultats similaires. Il ne s'agit toutefois que d'un critère intermédiaire.



En effet, le recul depuis le début de la vaccination n'est pas suffisant pour disposer de données en terme de cancer du col de l'utérus, la plupart des femmes vaccinées n'ayant pas atteint l'âge du pic de fréquence des dysplasies de haut grade. Or la principale question, pour évaluer l'efficacité du vaccin contre le papillomavirus, est de savoir si la vaccination réduit le risque de cancer du col quel que soit le génotype en cause.

Les vaccins à papillomavirus ne paraissent pas protéger contre les génotypes non visés par ces vaccins. La question du remplacement des infections à HPV-16 et HPV-18 par des infections à d'autres HPV à potentiel oncogène élevé doit également être posée.

Par ailleurs, une étude a montré une absence d'efficacité de la vaccination chez les jeunes

Effets indésirables

Les principaux effets indésirables liés aux vaccins contre le papillomavirus sont des réactions locales et parfois de la fièvre. Il n'y a à ce jour pas de signal notable d'effets indésirables graves. Le taux de choc anaphylactique grave avec ces vaccins

femmes ayant une vie sexuelle active et aucune étude clinique n'a comparé Gardasil et Cervarix dans la prévention des lésions précancéreuses.

Enfin, ils manquent également des données en terme d'efficacité à long terme de la vaccination et sur l'intérêt de rappels éventuels.

C'est pourquoi, malgré les limites de son évaluation, le dépistage par frottiscervico-vaginal reste, en 2015, le principal outil de réduction de l'incidence des cancers invasifs du col utérin. Il est cependant lui aussi proposé sur la base d'un faisceau d'arguments de niveau de preuve modeste et sans efficacité démontrée par des essais en terme de mortalité par cancer invasif du col de l'utérus.

est similaire à celui d'autres vaccins utilisés dans la même tranche d'âge. Il n'existe pas de données permettant d'affirmer qu'il existe une mortalité due au vaccin.



Au total

- Devant tant d'incertitude, il est difficile de déterminer une conduite à tenir. Les données sont tout de même en faveur d'une efficacité du vaccin chez les jeunes femmes avant leurs premières relations sexuelles sur les dysplasies de haut grade avec un niveau de preuve modeste. Ceci n'est pas contre balancé par les effets indésirables.
- L'efficacité des 2 vaccins n'a pas été établie en terme de prévention des cancers du col de l'utérus.
- A ce jour, les données restent fragiles et l'on manque de recul, c'est pourquoi la vaccination contre le papillomavirus ne doit pas aller à l'encontre du dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par frottis cervico-vaginal.
- Il faudra attendre encore plusieurs années avant d'obtenir des réponses probantes.

Prix

Gardasil 6, 11, 16 , 18 : 123,44 euros par dose.

Cervarix 16, 18 : 111,52 euros par dose.

Les deux vaccins sont remboursés à 65 % par la sécurité sociale chez les jeunes filles de 11 à 19 ans.



Schéma vaccinal

L'une des doses de la vaccination contre les infections à papillomavirus peut être coadministrée avec le rappel diphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche prévu entre 11 et 13 ans.

Chez les jeunes filles devant bénéficier d'une greffe, la vaccination peut être proposée dès l'âge de 9 ans.

Vaccin quadrivalent

- ⊕ Entre 11 et 13 ans révolus : deux doses espacées de 6 mois.
- ⊕ Entre 14 et 19 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.

Vaccin bivalent

- ⊕ Entre 11 et 14 ans révolus : deux doses espacées de 6 mois.
- ⊕ Entre 15 et 19 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 1 et 6 mois.

Bibliographie

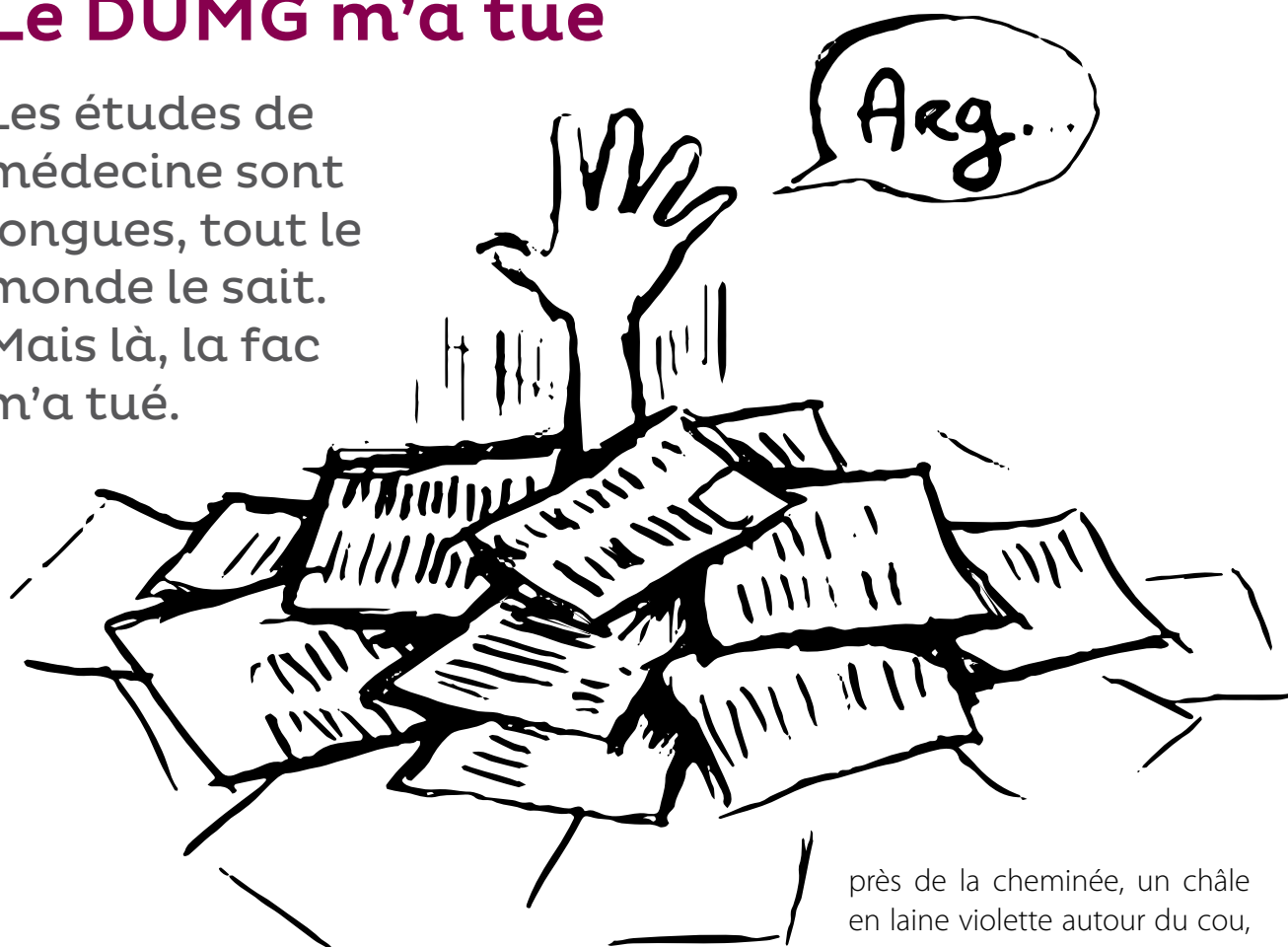
- Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2014, Ministère chargé de la santé.
- Etat de l'évaluation de l'efficacité des vaccins papillomavirus 2014, Revue Prescrire, janvier 2015.
- Synthèse d'avis de la commission de transparence, Cervarix, Gardasil, HAS, février 2012
- Vaccination papillomavirus, quelle efficacité, quels risques ? Revue Prescrire, juillet 2013.
- Vaccins papillomavirus : bilan 2014 des effets indésirables, Revue Prescrire, janvier 2015.

Dr Camila ROVIRA

Enseignement - formation

Le DUMG m'a tué

Les études de médecine sont longues, tout le monde le sait. Mais là, la fac m'a tué.



“

On passe sur le prix des inscriptions universitaires : on paie plus qu'avant parce qu'on a un vrai salaire, admettons. Mais pour seulement 8 jours max de formation par an, c'est un peu cher payé. Bien sûr, nous avons du travail à faire à la maison. Le DUMG (département universitaire de médecine générale) nous demande d'écrire des récits de situations complexes authentiques. L'idée n'est pas mauvaise, on doit rédiger une histoire vécue qui nous a posé problème. Bien sûr, plus l'histoire est romancée, mieux est reçue notre production. Si nous n'avons pas l'âme d'un Victor

Hugo ou d'un Dostoïevski, nous sommes perdus. Le lecteur de ces courts récits doit voir le personnage : cette petite mamie de 83 ans à qui on rend visite, le teint grisâtre marqué par des années de travail dans la terre, à supporter sans broncher la violence de son fils après avoir subi les années de service auprès de son mari, elle qui est sur sa chaise en bois

près de la cheminée, un châle en laine violette autour du cou, sa jupe écossaise et son pull bleu marine... Ça, c'est la première partie du travail, encore

“on paie plus qu'avant parce qu'on a un vrai salaire, admettons. Mais pour seulement 8 jours max de formation par an, c'est un peu cher payé.”

faut-il trouver une situation qui soit jugée intéressante par le sacrosaint DUMG, ce peuple de médecin qui a tout pouvoir. Ensuite sur cette situation, il faut trouver des questions sur ce qui a posé problème bien sûr. De ces questions, une question doit ressortir



tir qui servira de base pour une recherche documentaire. Bien sûr, tout le monde se dit que c'est facile. La recherche ne se base pas sur une pathologie mais sur un problème complexe d'une situation médico-psychosociale. Plus le travail est complexe et plus il est censé être apprécié. Il faut du temps pour rédiger un tel travail, plusieurs heures de travail.

Ce n'est qu'une partie des travaux à effectuer. Il faut aussi rédiger des traces d'apprentissage. Le principe est assez similaire mais la situation est plus courte.

Et puis, il y a la thèse. Bon, c'est intéressant, on choisit notre sujet. Ça demande du travail, pas mal de travail : de la recherche bibliographique, trouver le type d'étude qu'on va réaliser (quantitatif/qualitatif ?), le recueil de données, leur analyse, la rédaction de la thèse, l'exposition devant un jury. Le tout pour le Graal : notre titre de Docteur en médecine. Enfin !

Mais en attendant, je m'oriente vers une voie qui n'est pas tout à fait du goût du DUMG. L'internat de médecine générale

peut s'orienter secondairement vers une autre spécialité, via un DESC. Bien sûr, je comprends : il faut des médecins généralistes, ils sont là pour nous former et sur leur quota une poignée d'internes s'oriente vers un autre chemin. Je ne dénigre pas ma formation initiale, la médecine générale est un très beau travail, et je resterai toujours je l'espère dans l'optique d'un travail main dans la main avec mes collègues avec qui j'ai partagé tant d'années, et ce pour le bien de nos patients. Mais voilà, le DUMG reste prudent comme toujours, il ne faut pas oublier de valider la maquette du DES de médecine générale (ça, j'allai pas l'oublier). Mais quand produire ces traces d'apprentissage ?

Comme beaucoup d'internes, on ne compte pas les heures, et pourtant. En août, j'ai fait une semaine de 90h, puis 72h, avant de revenir à un rythme calme de 48h. Quand on a un jeune

fil à s'occuper, passer du temps avec sa compagne, faire un peu de sport pour s'évader l'esprit, avec les obligations de service, je vois difficilement quand faire

“La fac, l'État demandent beaucoup aux internes, il leur est pourtant difficile de mener plusieurs vies en même temps.”

tout ce travail. Et c'est le problème pour tout le monde. Le gouvernement doit respecter le temps de travail européen, il travaille dessus, nos syndicats d'interne

également. Je vois difficilement comment tout ça peut être mis en place, la journée de formation hebdomadaire n'est pas respectée, nous passons notre temps à l'hôpital. Si les internes deviennent moins présents à l'hôpital pour permettre de faire leur travail de formation universitaire, comment feront les services qui dépendent de cette main d'œuvre ?

La fac, l'État demandent beaucoup aux internes, il leur est pourtant difficile de mener plusieurs vies en même temps.

<https://lemedecinimaginaire.wordpress.com/2014/09/15/le-dumg-ma-tue/>

BLOG DU DR GUIGNOL
Le médecin imaginaire



Correspondances Discussions

L'avenir du système de santé français

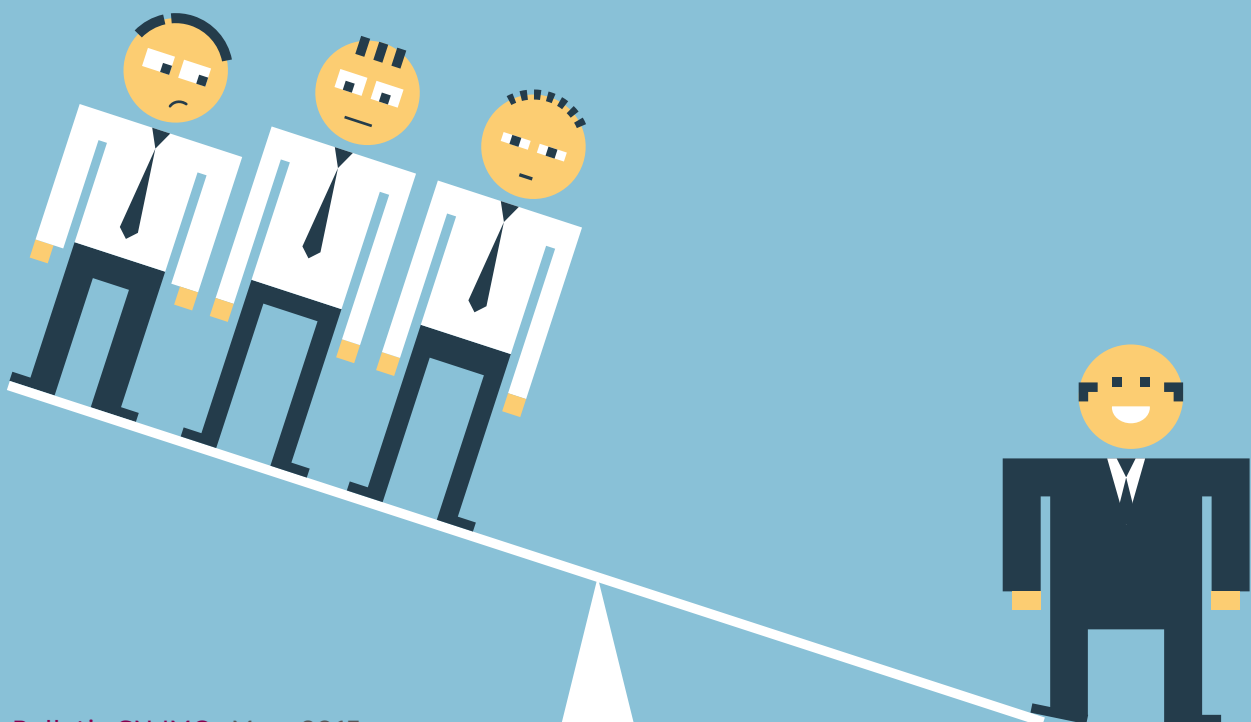
Les composantes de l'environnement de notre système de santé ont quasiment toutes muté depuis 1945 mais le système est lui quasi-immobile ! Cette équilibre est instable, intenable même. Ainsi, avec une moyenne de 85 ans pour les femmes et de 79 ans pour les hommes, les Français figurent dans le « top 10 » mondial des peuples ayant la plus forte longévité. Leur durée de vie s'est sensiblement allongée au cours du siècle dernier et cette tendance va se poursuivre presque sans faiblir à horizon 2030. A cette date, la France comptera 7 % de résidents en plus qu'aujourd'hui et sa

population vivra en moyenne trois années supplémentaires. Cela montre bien que notre système de santé est relativement performant. Mais il n'en souffre pas moins d'insuffisances majeures, par exemple en matière de prévention. La mortalité prématurée et évitable est en effet très élevée en France et les années de vie gagnées sur la mort ne sont plus nécessairement en bonne santé contrairement à d'autres pays, dans le nord de l'Europe en particulier. Surtout, rien ne dit que notre système de santé, s'il est incapable de financer et d'intégrer en son sein la vague d'innovations technologiques



Nicolas BOUZOU

médicales qui s'amorce, ne décroche pas dans les classements internationaux cette prochaine décennie, ce qui romprait notre pacte social.



Le système de santé français est donc confronté à d'importants défis qui doivent être rapidement surmontés, faute de quoi il laisserait progressivement place à un modèle plus inéquitable et foncièrement inefficace. Ces défis majeurs, communs à tous les pays développés, sont :

1

La garantie d'un accès universel aux traitements. Malgré une protection sociale à vocation universelle, encore trop de Français déclarent renoncer à certains soins. Il faut repousser l'idée de « sélection des patients » pourtant déjà parfois opérationnelle (dans le cas de l'hépatite C par exemple) qui n'est pas conforme à notre contrat social.

2

La résorption des inégalités sociales de santé. Ces inégalités, prégnantes, s'expliquent par des différences entre les catégories socioprofessionnelles en termes de choix de consommation, de mode de vie, d'environnement, de condition de travail et de recours aux soins.

3

Le financement de la prise en charge des maladies chroniques. Nos modes de vie et de consommation modernes ont conduit à l'essor de maladies dites « industrielles ». Les principaux facteurs de risque modernes sont l'obésité, l'excès de tabac et d'alcool, la pollution et le stress. Leurs effets néfastes sur la santé sont nombreux et chroniques, donc coûteux à traiter : maladies cardio-vasculaires et respiratoires, diabète, cancers, anxiété, dépression, troubles divers. À cet égard, la France va payer cher ses insuffisances sur le champ de la prévention.

4

Le financement des dépenses médicales d'une population de plus en plus consommatrice de soins. L'effet revenu (plus un individu est riche et éduqué, plus il se soucie de sa santé) et le vieillissement de la population contribuent à l'augmentation de la consommation individuelle de soins.

5

Le financement et l'intégration des techniques médicales innovantes. Les innovations améliorent l'efficacité des traitements et de la prévention. Toutefois, leurs coûts pour la collectivité sont généralement plus élevés que ceux des pratiques conventionnelles, surtout lorsque leur intégration se réalise sans véritable réorganisation des services.

6

L'assurance d'un financement durable du système de santé. Commode à court terme, le financement répété des prestations sociales par l'emprunt met cependant en péril la pérennité du modèle solidaire. Or le déficit de l'assurance maladie court depuis plus de 20 ans et atteint aujourd'hui un niveau non soutenable pour les finances publiques. Cette situation appelle à une réflexion sur le champ de la solidarité et sur son mode de financement. Le principal moteur des réformes dans le domaine de la santé reste d'une certaine façon le déficit des comptes sociaux.

Pour relever avec succès ces six défis, le système de santé français devra nécessairement évoluer en profondeur pour gagner en efficacité (c'est-à-dire en augmentant la qualité tout en maîtrisant les coûts) pour garantir de manière pérenne un accès équitable aux services de santé tout en conservant son caractère paritaire et libéral auquel les Français sont culturellement attachés. Il semble en outre très important de laisser une grande marge de négociation aux partenaires sociaux pour que la santé, sujet central s'il en est, continue de contribuer à faire vivre le dialogue social.



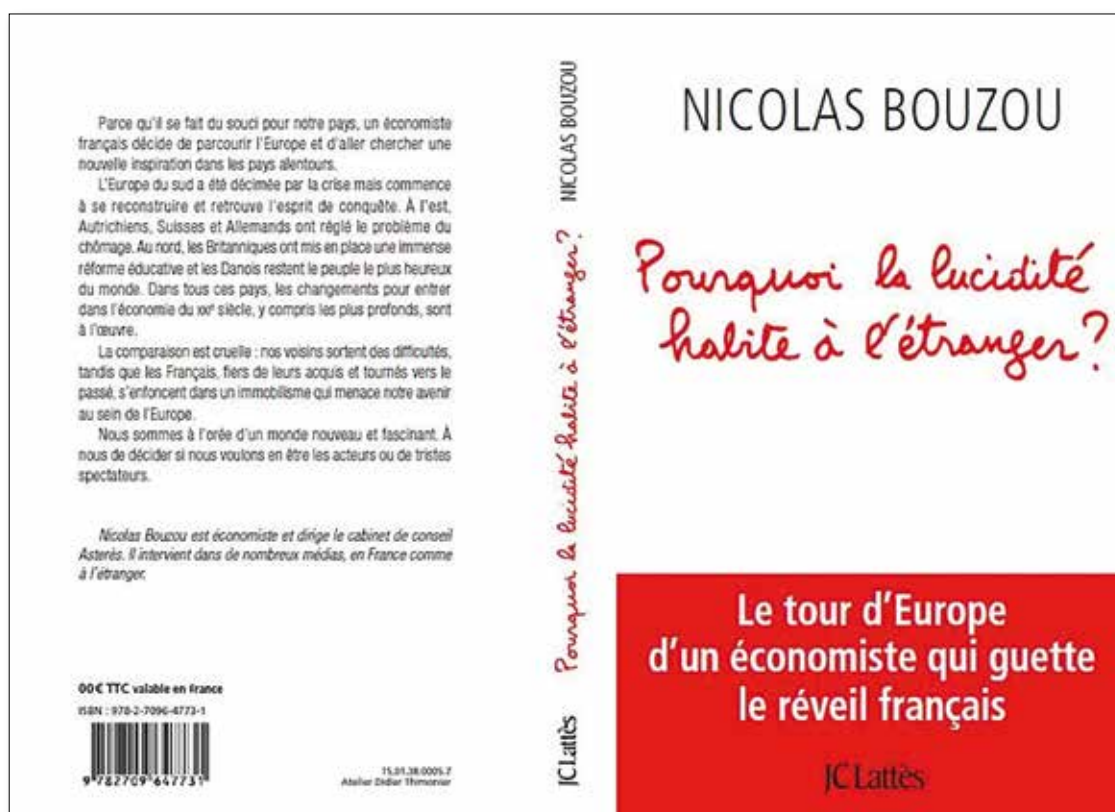
Le financement des prestations sociales repose en France en grande partie sur le travail. Mais les recettes sociales progressent aujourd'hui lentement et ne parviennent pas à suivre le rythme des dépenses médicales. Une augmentation du taux des cotisations n'est pas une stratégie viable pour rattraper le manque de recettes car cela dégraderait la compétitivité-prix des entreprises et soutiendrait le chômage structurel du pays. Le champ de la solidarité en matière de santé va être repensé au cours de la prochaine décennie. L'assurance maladie ne peut tout financer seule. La question du déremboursement partiel des soins pour certaines maladies bénignes sera posée. Confrontée au « trou » de la sécurité sociale, la réponse à cette question semble évidente : le financement solidaire public se concentrera sur les soins « essentiels », et/ou sur les populations les plus fragiles. En retour,

le secteur privé, par le biais des compléments santé, supportera, lui, une fraction plus importante du coût des soins moins essentiels. L'hypothèse d'un recul des assurances complémentaires dans le financement des soins est donc exclue. C'est même le contraire qui devra se produire, les complémentaires devant jouer un rôle de payeurs / régulateurs voire prescripteurs ce qui, c'est compréhensible, suscitera des résistances chez les médecins mais il s'agit de sauver notre système.

Période de défis, les 15 prochaines années seront également une période de mutations

rapides et d'opportunités. Une révolution radicale, portée par l'essor des nanotechnologies, des biotechnologies, de l'informatique et des sciences cognitives, est en marche. Ces technologies, unies sous l'acronyme NBIC, se traduisent déjà dans le domaine médical par l'émergence de nouveaux champs, comme la génétique, la biologie moléculaire, la robotique, la modélisation informatique des réactions biologiques et la télé-médecine. Les innovations vont sensiblement améliorer l'efficacité du système de santé, tant en amont des maladies, sur le champ de la prévention, qu'en aval, sur les soins curatifs. L'organisation des ser-

“Une augmentation du taux des cotisations n'est pas une stratégie viable pour rattraper le manque de recettes car cela dégraderait la compétitivité-prix des entreprises et soutiendrait le chômage structurel du pays.”





vices de santé devra s'adapter à tous les niveaux, sans quoi les innovations seront davantage source d'inflation des coûts que d'efficience. Grâce aux NBIC, le système de santé va progressivement adopter un nouveau paradigme : d'une logique curative globale, il va tendre vers une logique préventive individuelle, soit un business model foncièrement différent.

Les quinze prochaines années vont voir émerger une nouvelle approche de la médecine : celle des « 4 P » pour médecine prédictive, préventive, personnalisée et participative. En 2030 et contrairement aux dernières décennies, on parlera alors moins du système de « soins », centré sur le curatif, que de « santé », entourant la vie des individus. Les « patients-experts », instruits par Internet et désireux d'être traités comme les premiers acteurs de leur propre santé, seront de plus en plus nombreux. Dans ce contexte, les technologies de l'information

et des communications vont soutenir le développement des communautés de patients.

Les innovations techniques et organisationnelles vont permettre d'optimiser le parcours de soins des patients. En 2030, les portes d'entrée des parcours de soins seront multiples et dépendront de la gravité et de l'urgence des maladies. Par ordre de priorité, ces portes seront la télémédecine, les pharmacies, les maisons de santé, les cabinets médicaux indépendants et, en cas d'urgence véritable et de soins lourds, les hôpitaux. Les structures hospitalières seront en conséquence moins nombreuses, mais mieux équipées grâce à la concentration des capacités d'investissement.

La génétique va ouvrir la voie à un nouvel âge de la médecine. Les révolutions dans la prise en charge médicale vont modifier

notre rapport à la santé et aux questions éthiques. Les évolutions sociétales liées à la génétique et à la robotique, jusqu'à présent essentiellement abordées dans les œuvres de sciences fictions, devront être sérieusement étudiées et encadrées par les pouvoirs publics. Notamment, que faire de l'information génétique ? Où placer le curseur de la solidarité quand les théra-

pies géniques pourront aussi bien guérir qu'augmenter les capacités du corps ? Quelles lois pour se prémunir de certaines dérives de l'eugénisme ? Faut-il purement et simplement interdire certaines pratiques ? Ces questions fondamentales ne manqueront pas d'animer les débats publics des prochaines années.

“Les innovations techniques et organisationnelles vont permettre d'optimiser le parcours de soins des patients.”

Nicolas BOUZOU
Christophe MARQUÈS
 Asterès

Nouvel ouvrage de Nicolas Bouzou « Pourquoi la lucidité habite à l'étranger ? »
Aux éditions JC Lattès. 2015

Dynamique syndicale

Médecins privés de thèse Médecins privés d'avenir Où en est le dossier ?

La manifestation organisée par le SNJMG à Paris, le 6 janvier 2015, est partie du MESR, où une lettre a été déposée et s'est terminée au Ministère de la Santé, où une délégation a été reçue.

Le nombre exact de ces médecins privés de thèse est bien connu des universités, mais n'est pas communiqué. Ils ont été conduits dans cette impasse administrative à cause de l'absence d'information, par leur université, des modifications des conditions d'inscription en 3^{ème} cycle des études médicales et en thèse.

Les meilleures universités ont réparé leur erreur en accordant des dérogations d'inscriptions à leurs Résidents et Internes. Mais d'autres universités laissent leurs étudiants sans aucune équivalence et vont même jusqu'à refuser de leur délivrer le "diplôme de fin du deuxième cycle des études médicales". Ce diplôme est indispensable pour l'inscription en 3^{ème} cycle des études médicales dans tous les pays de l'Union Européenne et en Suisse.

Une délégation du SNJMG a été reçue le 21 janvier au MESR, mais les décrets ne seront pas modifiés, malgré la pénurie de médecins généralistes et les déserts médicaux.

C'est le Conseil d'Etat qui seul peut décider de l'annulation de ces décrets qui empêchent des nombreux médecins généralistes d'obtenir leur diplôme d'exercice professionnel.

Il n'y a pas encore de date d'audience fixée.

Notre recours au CE "Le SNJMG contre le MESR" porte le numéro 385227 et est instruit par la 4^{ème} Section (il y a 10 Sections).



Il s'agit de la même Section qui a traité en 2013 le recours des étudiants français empêchés de s'inscrire à l'ECN, après l'échec en PACES en France et la validation du 2^{ème} cycle à l'université de CLUJ en Roumanie.

Ida Marina LANZI





Communiqués de Presse

Le nouveau Bureau National du SNJMG : prêt à l'action !

10 décembre 2014

Après les Assises Nationales des Jeunes Médecins Généralistes très réussies, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) s'est doté ce week-end (6 et 7 décembre 2014) d'un nouveau Bureau :

Président

Théo COMBES

Trésorière Adjointe

Béatrice LAUDET

Première Vice-Présidente

Emilie FRELAT

Vice-Présidente Internes

Bernadette DREVON-ZAMBON

Secrétaire Général

David AZERAD

Vice-Présidente Assistance Syndicale

Ida Marina LANZI

Secrétaire Générale Adjointe

Aurélien TOMEZZOLI

Vice-Présidentes Publications

Marine CREST et Mylène FROMENT

Trésorier Général

Procopé PANAGOULIAS

Vice-Présidentes Privés de Thèse

Carmen DEMEUSY et Christine WYTENBACH

L'Assemblée Générale du SNJMG a élaboré et voté la plate-forme du syndicat pour 2015.

L'Assemblée Générale a également précisé les modalités de l'entrée des Internes en Médecine Générale, des Remplaçants et des Jeunes Installés en Médecins Générale dans un mouvement de contestation particulièrement déterminé.



Les jeunes médecins généralistes décident de prendre en mains leur destin !

16 décembre 2014

Les Assises Nationales des Jeunes Médecins Généralistes (samedi 6 décembre 2014 à Paris) ont clairement mis en évidence le sentiment de maltraitance ressenti par toute une profession, depuis les études médicales et l'internat jusque dans le quotidien des médecins généralistes remplaçants et installés, et la nécessité de changements structurels importants pour y remédier.

L'Assemblée Générale du Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) qui s'est tenue le lendemain des Assises (dimanche 7 décembre 2014) a pris la mesure de cette situation et a aussi fait le constat que la politique du gouvernement, et notamment le projet de Loi actuellement mis sur la table, va malheureusement tout à fait à rebours des propositions du SNJMG en vue d'un système de Santé plus intégré, plus efficient et plus solidaire.

En conséquence, l'Assemblée Générale a confirmé l'engagement du SNJMG dans un mouvement d'action déterminé afin de sauvegarder la Médecine Générale et un accès à des soins de qualité pour tous.

Les jeunes médecins généralistes disent NON

- Aux tentatives de marginalisation du médecin généraliste dans le système de Santé : hospitalocentrisme, gouvernance technocratique, délégation de tâches non-coordonnées, contournement du parcours de soins, tentatives de substitution du médecin par de nouvelles professions « low cost » ou par des dispositifs « hors sol » qui nient les soins de proximité !
- Aux discriminations entre médecins : les dépassements d'honoraires du secteur 2 créent des inégalités insupportables entre patients, et aussi entre médecins, financièrement et symboliquement ; de plus, malgré sa reconnaissance en 2004, la Médecine Générale est la seule spécialité qui ne bénéficie pas de la majoration provisoire clinique (MPC), ni de la majoration de coordination (MCS) alors qu'elle est par excellence LA spécialité de la clinique et de la coordination !



- À l'abandon de notre formation initiale et continue : carences d'accès des étudiants en 2^e cycle aux stages en Médecine Générale, refus de la DGOS de ramener à 48 heures de travail maximum la semaine des Internes en tenant compte des nécessités de leur formation, inhumanité de la DGESIP vis-à-vis des « privés de thèse » victimes d'aléas de la vie, fiasco du nouveau « Développement Professionnel Continu » (DPC) avec sa gouvernance administrative et le rationnement choquant de la formation continue des médecins généralistes !

Le SNJMG porte les aspirations des jeunes médecins généralistes

- À être clairement identifiés dans leur rôle de coordonnateurs des soins, aussi bien préventifs que curatifs, dans le cadre d'une vision globale de la Santé et d'une relation personnalisée avec chaque patient : les nouvelles professions paramédicales devraient être créées en fonction des réels besoins exprimés par les médecins ; la délégation d'actes médicaux doit être prescrite et coordonnée par le médecin généraliste ; le patient ne doit pas perdre l'appui de son médecin traitant en passant la porte de l'hôpital d'où la nécessité d'un système d'information lui permettant d'accéder en temps réel aux observations médicales et aux examens complémentaires réalisés ; il faut en finir avec la mascarade des réunions

de concertation « pluridisciplinaire » dont le médecin généraliste est exclu ; tous les soins de premiers recours et ceux coordonnés par le médecin généraliste devraient être remboursés à 100 % par l'Assurance Maladie.

→ À la redistribution de moyens financiers et logistiques pour leur permettre d'assumer cette importante mission : dotations pour le développement des structures de soins primaires et notamment l'emploi d'auxiliaires salariés, forfaits de prise en charge globale revalorisés, égalité avec les autres spécialités du montant de la consultation en Médecine Générale à 25 €, voire 28 € en cas d'acte coordonné, tarifs spécifiques pour les consultations longues et complexes ; ces mesures peuvent être financées par la fin des dépassements d'honoraires et le retour des milliards actuellement drainés par le marché particulièrement opaque des complémentaires vers une Assurance Maladie (à rebaptiser « Santé » ?) publique et universelle.

→ À une formation initiale et continue à la hauteur de notre métier complexe, exigeant et indispensable : pour les Internes, semaine de travail de 10 demi-journées allant du lundi matin au vendredi soir, dont 2 réservées à la formation personnelle et aux travaux universitaires ; pour les remplaçants et les installés : 10 journées par an d'une Formation Médicale Continue (FMC) de qualité gérée par la profession elle-même, indépendamment de l'Université, des Hôpitaux ou de l'Industrie pharmaceutique.

Le SNJMG appelle les Internes en Médecine Générale, les Remplaçants et les Jeunes Installés à faire entendre leur voix lors de 2 journées d'action :

→ Mardi 23 décembre 2014 : Journée d'information des patients.

→ Mardi 6 janvier 2015 : Grève des Internes, des Remplaçants et des Installés.

Grève des médecins généralistes : le SNJMG est aux côtés des médecins remplaçants

19 décembre 2014

Suite aux Assises Nationales des Jeunes Médecins Généralistes, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a appelé à la mobilisation de tous, professionnels et citoyens, pour défendre la Médecine Générale dans un système de soins de qualité et accessible à tous.

L'Assemblée Générale du SNJMG a critiqué le choix par les syndicats de médecins installés de la période de l'année où le plus de médecins sont en vacances pour appeler à une fermeture des cabinets. Outre la difficulté à susciter l'intérêt de la population générale sur des sujets qui la concernent quand même directement, des problèmes pratiques se posent pour les médecins remplaçants qui sont souvent engagés par contrat à travailler pendant ces congés.

Pour ces raisons, le SNJMG appelle, pour les fêtes, non pas à la cessation de l'activité médicale mais

à une campagne d'information des patients par les jeunes médecins généralistes.

Au-delà des sujets rebattus par les médias, le SNJMG veut alerter nos concitoyens sur les périls qui menacent l'avenir de notre système de Santé, dont la Médecine Générale constitue l'un des piliers.

Le SNJMG donne rendez-vous à tous les médecins généralistes, jeunes et moins jeunes, ainsi qu'à leurs patients pour la journée nationale de grève du **MARDI 6 JANVIER 2015**.

En attendant, le SNJMG met à disposition sur son site www.snjmg.org des documents d'information à destination des patients, mais également une aide à la conduite à tenir en pratique pour les médecins remplaçants.

Information des patients

23 décembre 2014 – 6 janvier 2015

Snjmg

Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

**LIQUIDATION DE LA MEDECINE GENERALE,
QUELLES CONSEQUENCES POUR LES PATIENTS ?
Internes, Remplaçants, Salariés, Installés,
les Jeunes Généralistes disent NON :**

A L'ACTUEL PROJET DE LOI DIT « DE SANTE »

Ce projet envisage de démanteler notre métier, en cherchant par exemple à nous substituer par des infirmières cliniciennes, ou en confiant l'initiative de vaccinations à d'autres professionnels (pharmacien, infirmière, sage-femme) sans aucune concertation avec le médecin traitant.

Ces mesures oublient complètement notre mission de coordination des soins, de suivi personnalisé et d'accompagnement de chaque patient(e) tout au long de sa vie.

A L'ABSENCE DE MOYENS POUR UNE MEDECINE DE PROXIMITE ET DE QUALITE

Bien que la Médecine Générale soit reconnue en tant que spécialité depuis 2004, notre consultation est toujours bloquée à 23 € alors que les autres spécialités sont toutes à 25 € (voire 28 € si coordination, alors que c'est surtout le généraliste qui la fait)... Cherchez l'erreur !

Tandis que les tâches administratives diminuent beaucoup le temps que les médecins pourraient consacrer aux patients, on attend toujours les dotations nécessaires pour le développement des structures de soins primaires et notamment l'emploi d'auxiliaires salariés.

Alors que notre spécialité suppose une formation très complète, on déplore le peu de considération des pouvoirs publics pour les conditions de travail et de formation des internes, sans parler du rationnement des financements consacrés à une formation continue indépendante de l'industrie pharmaceutique.

A LA MAUVAISE GESTION DE NOTRE SYSTEME DE SANTE

En France, beaucoup d'argent est dépensé pour la Santé. Malheureusement ces ressources sont mal employées. Le recours trop fréquent à l'Hôpital coûte très cher. Les dépassements d'honoraires induisent des inégalités de Santé et pèsent lourdement sur tous les Français qui cotisent pour des assurances complémentaires.

Nous demandons à Mme Touraine de faire ce qu'elle avait promis, c'est-à-dire redistribuer ces ressources vers les soins de premier recours, lesquels devraient être remboursés à 100% pour tous (suppression du ticket modérateur devenu inefficace, abolition des franchises médicales injustes).

Opposés à une gestion technocratique du système de soins, nous souhaitons une Assurance « Santé » publique et universelle cogérée par les professionnels de Santé et par les patients.

Nous ferons donc grève le MARDI 6 JANVIER !

33 avenue Edouard Vaillant 92150 Suresnes • 01 47 98 55 94 • info@snjmg.org • www.snjmg.org

Futurs et Jeunes Généralistes, manifestons !

05 janvier 2015

Il y a un mois, les Assises Nationales des Jeunes Médecins Généralistes ont mis en évidence la nécessité pour tous les Futurs et Jeunes Médecins Généralistes de se mobiliser pour **sauvegarder la Médecine Générale et un accès à des soins de qualité pour tous**.

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a appelé ses adhérents et ses sympathisants à commencer dès le 23 décembre une **campagne d'information** des patients, des médias et des politiques.

Aujourd'hui, devant le **mépris affiché par les pouvoirs publics** pour nos inquiétudes malheureusement fondées, alors que les urgentistes et les cliniques privées ont été entendus quasiment sans coup férir, il ne nous reste plus comme solution que de hausser le ton.

Pour cette raison, le SNJMG a déposé un **préavis national de grève** pour la journée du **mardi 6 janvier 2015** concernant tous les Futurs et Jeunes Généralistes :

- Internes en Médecine Générale ;
- Remplaçants ou Collaborateurs en Médecine Générale ;
- Jeunes Médecins Généralistes salariés ou installés.

Le SNJMG appelle tous les Futurs et Jeunes Généralistes à **manifester** le **mardi 6 janvier 2015**.

Un rassemblement est organisé à **13h45** devant le **Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche** où nous déposerons une lettre au sujet des situations humaines dramatiques des « privés de thèse ».

Puis à **14h15**, le cortège **se mettra en marche** par l'itinéraire suivant : Rue Descartes, Rue Saint-Étienne du Mont, Place du Panthéon, Rue Cujas, Boulevard Saint-Michel, Port-Royal, Boulevard du Montparnasse, Boulevard des Invalides, Rue Éblé, Avenue Duquesne...

Nous serons donc à partir de **15h** devant le **Ministère des Affaires Sociales et de la Santé** pour réclamer qu'une délégation soit reçue et entendue !



Espoirs et Vigilance

13 janvier 2015

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a participé ce lundi 12 janvier à la rencontre entre Madame Marisol TOURAINE et les représentants du Front Généraliste.

Les membres de la délégation du SNJMG ont rappelé à la Ministre de la Santé les grands principes républicains sur lesquels sont basées nos revendications :

- Liberté : mise à mal par le projet de loi de Santé, qui augmente encore le pouvoir des administrations, là où il faudrait donner aux médecins généralistes la responsabilité et les moyens de développer de manière efficiente les soins de premiers recours.
- Egalité : oubliée depuis plus de 10 ans par les pouvoirs publics, qui ont reconnu la Médecine Générale comme une spécialité en théorie, mais continuent à la sous-payer en pratique, d'où notre exigence d'une ouverture immédiate de la cotation MPC (majoration provisoire clinique) et le cas échéant de la MCG ou MCS (majoration de coordination) aux médecins généralistes.
- Fraternité : mise en danger par l'influence croissante des intérêts privés dans notre système de soins (assurances complémentaires, grands groupes de cliniques privées, industrie pharmaceutique), valeur sur laquelle nous appelons à la refondation d'une Assurance Santé publique et universelle cogérée par les patients et les professionnels de Santé.



La délégation du SNJMG a eu le sentiment d'avoir été écoutée avec intérêt par la Ministre.

Malheureusement, à part la constitution d'un groupe de travail sur la place de la Médecine Générale dans le système de soins, aucun engagement concret n'a été annoncé à ce jour...

En marge de cette réunion, la délégation du SNJMG a interpellé à nouveau la Ministre sur la situation tragique des « privés de thèse ». Madame TOURAINE nous a répondu que le problème était identifié et allait trouver une solution... Serait-ce une lueur d'espoir ? Le SNJMG reste vigilant et mobilisé.

La voix des Futurs et Jeunes Médecins Généralistes

27 janvier 2015

Dès la divulgation du contenu du projet de loi dit « de Santé », sans équivoques ni atermoiements, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a fait connaître ses points de désaccord et sa volonté d'obtenir une réécriture du texte.

La mobilisation de ses adhérents et sympathisants à compter du 23 décembre 2014 puis le 6 janvier 2015 a permis au SNJMG d'engager un début de dialogue avec les pouvoirs publics.

Malheureusement le SNJMG constate qu'un lobbying bien implanté au sein des institutions tente de faire écarter la voix des Futurs et Jeunes Médecins Généralistes de certains groupes de travail.

Ceci n'est pas acceptable et ne sera pas accepté par le SNJMG.

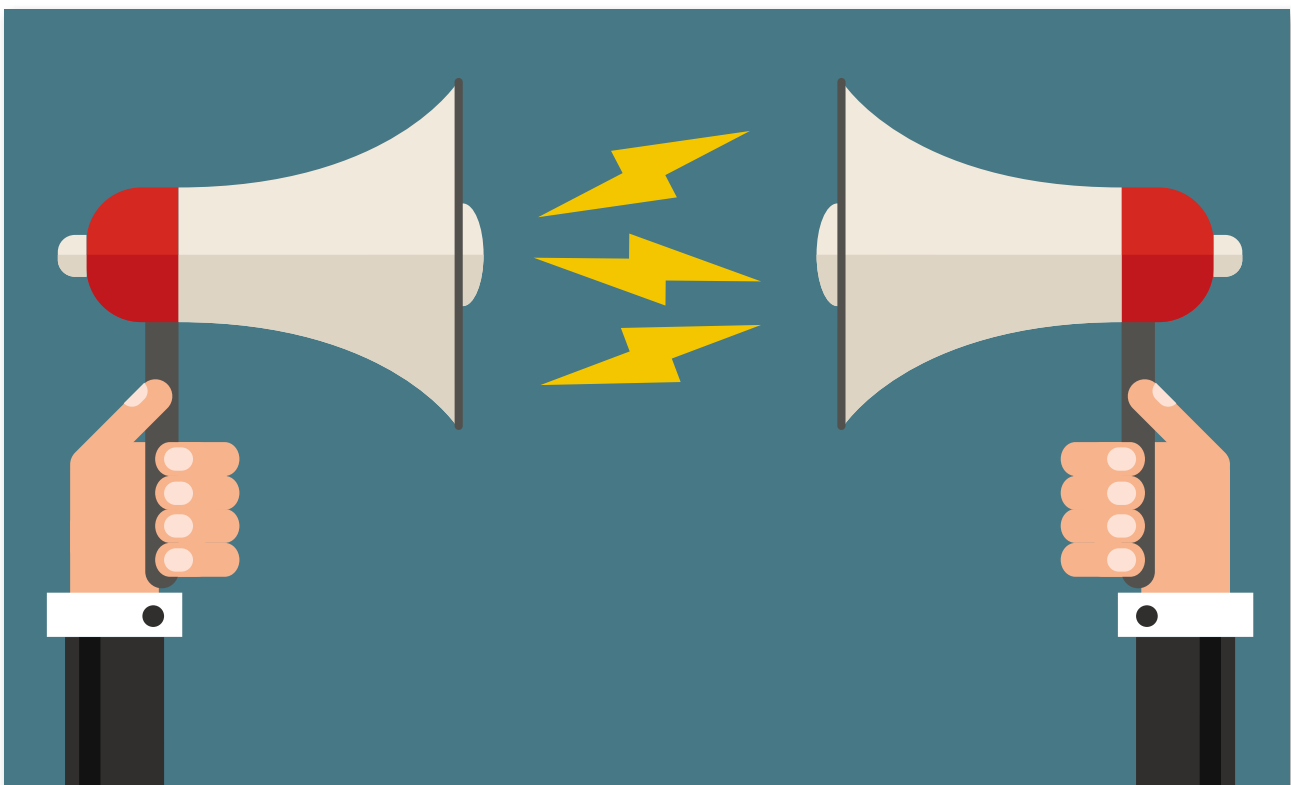
En effet, la place de la Médecine Générale et l'attractivité de ce métier pour les jeunes sont au cœur de la problématique actuelle.

Fort de sa transversalité (Internes - Remplaçants - Jeunes Salariés et Installés) et de son expérience (24 ans d'engagement sans concessions ni connivences), le SNJMG est particulièrement qualifié pour s'exprimer sur ces sujets.

Dans ce contexte, le SNJMG appelle à une nouvelle journée d'action le jeudi 5 février 2015, pour laquelle il dépose un préavis de grève couvrant :

- Les Internes en Médecine Générale ;
- Les Médecins Généralistes Remplaçants ou Collaborateurs ;
- Les Jeunes Médecins Généralistes Salariés ou Libéraux.

Une réflexion est en cours pour coordonner des actions communes et de grande ampleur avec les autres organisations partageant nos valeurs et souhaitant s'engager plus avant dans cette mobilisation, importante pour l'avenir de notre profession et du système de Santé.



Rémunération des jeunes généralistes : un scandaleux apartheid

12 février 2015

La publication par l'INSEE d'un nouveau rapport sur les revenus des médecins vient jeter une lumière crue sur une situation malheureusement déjà trop bien connue et douloureusement vécue par les jeunes médecins généralistes.

Étudiée sur les cinq premières années d'exercice, la rémunération d'un nouvel installé en médecine générale est aujourd'hui moitié moindre (69.940 € par an) que celle de ses confrères des autres spécialités (141.970 € en moyenne).

10 ans après la reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité à part entière, cette criante discrimination est devenue insupportable pour les jeunes généralistes.

Notons que la convention de 2005 a aggravé les inégalités préexistantes. Tandis que les généralistes se voyaient généreusement attribuer le titre honorifique de « médecin traitant », les autres spécialités bénéficiaient dans le même temps de l'ouverture de différentes majorations, notamment la possibilité de coter des consultations au double de la valeur de celle du médecin traitant (« C2 ») ou de pratiquer des dépassements d'honoraires (« DA ») récompensant le contournement du parcours de soins... Résultat logique : une croissance des honoraires des généralistes de 2 % seulement entre 2005 et 2011, alors qu'elle a été de 11 % pour les autres spécialités...

Autre étape de l'acharnement contre la médecine générale : le 29 novembre 2006, date de la signature de l'avenant 19. Cet avenant de la honte a contourné la reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité en l'excluant de la « majoration provisoire clinique » (MPC = 2 €) réservée à 44 autres spécialités...

Quant à la « majoration de coordination » (MCS = 3 €), tandis qu'elle est systématiquement cotée par les autres spécialités en portant leur consultation à un minimum de 28 €, elle est interdite au médecin généraliste qui effectue la



coordination et prend le temps de téléphoner et/ou d'écrire un courrier pour adresser son patient. Cherchez l'erreur !

Les généralistes ont-ils la possibilité d'échapper à ce carcan tarifaire ? Non, car la discrimination frappant la médecine générale concerne aussi le choix du secteur d'exercice. Face à l'insuffisance des revalorisations tarifaires en secteur 1, les jeunes médecins des autres spécialités sont de plus en plus nombreux à fuir vers le secteur 2, phénomène qui consacre une médecine à deux vitesses, que ce soit pour les médecins ou pour les patients. Depuis 1990, les critères restreignant l'accès au secteur 2 « protègent » les jeunes généralistes de ce genre de tentation...

Dans de telles conditions d'injustice, comment s'étonner de la désaffection des jeunes médecins vis-à-vis de l'installation en médecine générale ?

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) appelle les pouvoirs publics à redistribuer au plus vite les moyens consacrés à la santé, ceci afin de sauver la médecine générale d'une disparition hautement préjudiciable aux intérêts de la population.

Mobilisé sur cet enjeu depuis plusieurs mois, le SNJMG ne désarmera pas avant d'avoir obtenu :

- L'ouverture de majoration provisoire clinique (MPC) aux médecins généralistes.
- Une meilleure protection par l'Assurance Maladie des praticiens conventionnés en secteur 1 pour les risques maladie, maternité ou accident du travail.
- Une majoration pour le médecin traitant quand la consultation comporte un acte de coordination (appel téléphonique, rédaction d'un courrier).
- Des dotations conventionnelles structurantes visant à l'amélioration des conditions d'exercice, en favorisant notamment l'embauche de personnel salarié dans les cabinets de médecine générale.

Tiers-payant : le SNJMG répond « Non merci » aux complémentaires santé

19 février 2015

Alors que se tient aujourd'hui une nouvelle réunion technique du groupe de travail sur la mise en place du tiers-payant, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) tient à répondre aux velléités des complémentaires et à rappeler la philosophie de ses positions.

Les présidents des trois fédérations de complémentaires santé ont fait savoir la semaine dernière leur accord sur un dispositif commun visant à organiser l'implication des complémentaires dans le tiers payant pour les actes médicaux.

Ce projet consisterait à mettre en place "un serveur en ligne commun aux complémentaires de santé que le médecin pourra utiliser en introduisant la carte Vitale du patient dans son serveur informatique". Ce dispositif serait testé dès la fin de l'année 2015 pour s'assurer qu'il réponde aux exigences en termes de "simplicité, rapidité, garantie de paiement et qualité de service". Suite à ce test, un dispositif "performant et opérationnel" serait déployé au 1^{er} janvier 2017.

Pour avoir participé le 29 janvier à la réunion du groupe de concertation sur « la dispense d'avance de frais », le SNJMG comprend les précautions prises quant aux délais... En effet, alors que le ministère envisage de présenter sous peu sa loi au vote du parlement, nous avons découvert avec stupéfaction que le travail sur la faisabilité technique était au point mort !



Plus grave encore, le SNJMG voit dans l'annonce des assurances complémentaires une concrétisation de ses craintes en matière d'extension du domaine d'intervention de celles-ci dans le système de santé aux dépens de l'Assurance Maladie.

Favorable à une Assurance Maladie solidaire, publique et universelle, cogérée par les patients et les professionnels de santé, le SNJMG s'oppose à cette institutionnalisation des assurances complémentaires dans notre système de soins.

Sans aucun bénéfice prouvé pour les patients, cette dérive n'aboutirait qu'à multiplier les frais de gestion et à complexifier encore le fonctionnement de notre système de santé. Comme l'a très bien montré Didier TABUTEAU dans son ouvrage *Démocratie Sanitaire*, le temps du choix est arrivé entre une dérégulation commerciale ou un système sanitaire organisé, car rien n'est moins efficace qu'une « voiture avec deux volants, deux accélérateurs et deux pédales freins »...

Un élément de rationalisation serait la reprise en charge par l'Assurance Maladie des 30 % qu'elle ne rembourse pas actuellement. Ce « ticket modérateur » ne modère en effet plus rien depuis longtemps, si ce n'est l'accès aux soins des personnes ayant des difficultés à se payer une mutuelle. Cette mesure serait à appliquer prioritairement aux soins primaires, permettant

ainsi aux complémentaires de se désengager de ce champ où leur utilité ne saute pas aux yeux... Partageant une même analyse sur ce sujet, le SNJMG s'associe donc à la pétition mise en ligne par le SMG en espérant un geste politique fort de la part du gouvernement.

En attendant, le SNJMG rappelle son exigence d'un tiers payant non-obligatoire, simple et garanti, fonctionnant sur le principe d'un guichet unique au sein de l'Assurance Maladie.

En vue d'obtenir la modification indispensable du projet de loi « santé » en faveur d'un système de soins solidaire et organisé où la médecine générale aurait enfin toute sa place, le SNJMG maintient son appel à participer à la manifestation nationale des jeunes médecins le dimanche 15 mars 2015 à Paris.

Choix des internes en médecine : deux poids, deux mesures ?

26 février 2015

Le 17 novembre 2014, quatre syndicats d'internes en santé, la FNSIP-BM, l'ISNI, le SNIO et le SNJMG, ont appelé à une journée nationale de grève pour protester contre l'inertie du gouvernement face aux enjeux des conditions de travail et de formation des internes.

Le ministère de la Santé n'a malheureusement pas repris l'ensemble des revendications exprimées mais a accepté quelques concessions.

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) se réjouit donc de la publication au Journal Officiel du 22.02.15 de l'arrêté instaurant un taux d'inadéquation de 7 % pour les choix de poste des internes.

Il y a un bémol à cette satisfaction car l'arrêté prévoit :

- Pour les internes en Médecine Générale, que si leur nombre est supérieur à 430 alors le taux d'inadéquation de 7 % ne s'applique plus et on ouvre juste 30 postes de plus, ce qui diminue le taux d'inadéquation.



- Pour les internes des autres spécialités, que si leur nombre est inférieur à 15 alors le taux d'inadéquation de 7 % ne s'applique plus et on ouvre 2 postes de plus, ce qui augmente le taux d'inadéquation.

Le SNJMG constate avec regret que la spécialité Médecine Générale est une nouvelle fois discriminée.

Quoiqu'il en soit, le SNJMG veillera à la bonne application de ces textes et à la concrétisation des autres promesses de la ministre de la Santé.

Temps de travail des internes : une occasion manquée

1^{er} mars 2015

Un décret relatif au temps de travail des internes a été publié hier au journal officiel.

Il s'agissait pour la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) de répondre à la mise en demeure de la France par la Commission Européenne datant du 20 juin 2013. Cette mise en demeure était motivée par le dépassement manifeste des 48 heures de travail hebdomadaire imposé aux internes actuellement en poste.

Inquiet des solutions artificielles et insuffisantes imaginées par la DGOS, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) avait appelé sur ce sujet à une journée de grève, conjointement à la FNSIP-BM, à l'ISNI et au SNIO, le 17 novembre 2014.

Les revendications exprimées par le SNJMG étaient :

- Une semaine de 10 demi-journées allant du lundi matin au vendredi soir ;
- Le respect des 2 demi-journées dédiées aux tâches universitaires et leur comptabilisation pleine et entière dans le temps de travail ;
- La rémunération comme garde de toute obligation de service au-delà de 8h30-18h30, bien sûr les dimanches et jours fériés, mais également les samedis matins.

Le texte retenu par le gouvernement réduit les obligations de service de 11 à 10 demi-journées, ce qui est certes un progrès à saluer, mais cela sera insuffisant pour faire passer d'une moyenne de 60 heures à moins de 48 heures par semaine...

Pour faire mine de respecter les directives de Bruxelles sans contrarier le lobbying exercé sans pudeur par les hôpitaux, il fallait une astuce supplémentaire : elle consiste à cesser de comptabiliser l'une des deux demi-journées de formation sous prétexte qu'elle sera utilisée « de manière autonome » par l'interne...



Le SNJMG déplore aussi une détérioration du statut de l'interne dans ces nouveaux textes par rapport aux précédents : là où on parlait de « poste » ou de « lieu d'affectation », le nouveau terme consacré est « stage »... De médecin en formation spécialisée, l'interne devient donc un stagiaire...

Une nouvelle fois, le SNJMG constate les effets du choix par la DGOS d'interlocuteurs privilégiés en écartant délibérément de la concertation les voix qui dérangent : des effets contraires aux intérêts des internes en médecine générale.

En effet, à l'heure où les cas de suicides se multiplient parmi les internes, où des stages sont invalidés (de manière illégale) parce que les internes n'ont pas eu le temps de répondre à l'exigence exponentielle de traces écrites d'apprentissage (cas d'AEP, RSCA et autres SCRE...), où de plus en plus d'internes n'arrivent pas à rédiger leur thèse dans les délais impartis, une vraie réduction du temps de travail des internes aurait été bien utile...

Après avoir œuvré à la création du repos de sécurité en 2001, le SNJMG continuera à travailler à l'humanisation de la formation et de l'exercice médical.

La position du SNJMG

Le SNJMG se mobilise à l'occasion de la Loi de Santé proposée par Marisol Touraine car nous voulons signifier les déficiences de la Ministre de la Santé et plus généralement du gouvernement en matière d'accès aux soins, de médecine générale, de santé publique et de formation médicale.

A propos de la Loi de Santé

- La loi ne s'attaque pas au "reste à charge" des patients. D'une part, la loi ne remet pas en question les franchises médicales. D'autre part, au lieu de proposer de revoir la question du ticket modérateur, la loi préfère mettre en place le tiers payant généralisé (TPG). Si contrairement à une légende urbaine, ce TPG ne devrait pas faire courir le risque de surconsommation médicale (ça serait plutôt un risque de surfacturation médicale), le SNJMG ne veut pas qu'il puisse être utilisé pour désengager la sécurité sociale du remboursement des soins, ni qu'il puisse constituer une surcharge supplémentaire de travail administratif pour les médecins.
- La loi ne revient pas sur l'avenant 8 à la convention qui sous un affichage de stabilisation du montant moyen de dépassement a permis à un plus grand nombre de médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires.
- Dans la logique de cet avenant 8, La loi accompagne le développement des organismes complémentaires dans la prise en charge des soins.
- En matière d'organisation du système de soins, la loi organise la gouvernance au niveau régional, mais sans la moindre garantie de démocratie sanitaire.
- La loi permet aux citoyens de faire des « actions de groupe » et rend obligatoire la représentation des usagers à tous les niveaux de l'organisation sanitaire mais sans veiller à leur nécessaire indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et/ou de dispositifs de santé.
- La loi ne propose rien pour l'indépendance et la pérennité du système de formation médicale continue.
- En matière de formation médicale initiale, la loi ne propose presque rien sur l'amélioration de la Filière universitaire de Médecine (contrairement aux premières annonces de la ministre de la Santé en 2013) : l'enseignement de la Médecine Générale reste le parent pauvre des facultés de Médecine en France.
- La loi propose une série de mesures en matière de santé publique bienvenues (ex : alcoolisme) mais la ministre reste sans réaction alors que le lobby des cigarettiers a obtenu un vote du Parlement annulant en 2015 la traditionnelle hausse de début d'année pour les taxes sur le tabac (une première depuis près de 10 ans).

A propos de l'action de Marisol Touraine au ministère de la Santé

→ **Après un début encourageant** (réception de toutes les structures de jeunes médecins et intervention positive dans le conflit qui les a opposé à l'Ordre des Médecins), **Marisol Touraine a rapidement déçu** :

- ⊗ Elle s'est contentée du service minimum en réponse à l'enquête de l'ISNI dénonçant les mauvaises conditions d'exercice des internes.

- ⊗ Alors que se présentait en début de quinquennat présidentiel, l'occasion d'un acte conventionnel fort sur le secteur 2, elle a soutenu la signature de l'avenant 8 qui a non seulement créé un nouveau secteur à dépassement d'honoraire mais aussi ouvert les possibilités d'intervention des organismes complémentaires.
- ⊗ Alors qu'elle s'était engagée à proposer une politique incitative en matière de démographie médicale, elle a certes repoussé toutes les propositions coercitives mais s'est ensuite contenté d'un catalogue de mesures de second plan quand ce n'étaient pas de simples gadgets de communication politique.

→ **Le SNJMG s'est alors positionné contre la signature de l'avenant 8 et s'est engagé dans deux grèves :**

- ⊗ Grève des internes d'octobre et de novembre 2012 qui a abouti à la revalorisation des gardes et à la création d'indemnités de déplacement et de responsabilité.
- ⊗ Grève à la japonaise des gardes de fin d'année 2012 pour les médecins généralistes remplaçants et installés.

→ **Après une année 2013 marquée par de nouvelles déconvenues ministérielles, notamment en matière d'indépendance médicale,** le SNJMG a voulu laisser une seconde chance à Marisol Touraine quand elle a été reconduite au ministère de la Santé par Mrs François Hollande et Manuel Valls.

→ **Hélas, le bilan de la ministre depuis cette date ne s'est pas amélioré :** mépris affiché envers les médecins "privés de thèse", demi-mesures difficilement concédées pour répondre à la mise en demeure de la Commission Européenne sur le temps de travail des internes, maintien du blocage tarifaire (et de la différence de traitement Médecins généralistes/spécialistes) au profit d'une rémunération sur objectifs de santé publique posant des problèmes éthiques et techniques, sans oublier la décevante Loi de Santé. Un tel bilan ministériel a incité le SNJMG à ne pas rester inactif.

C'est ainsi que :

- Le SNJMG a déposé un recours en Conseil d'Etat contre les textes réglementaires de 2013 interdisant à un certain nombre d'anciens résidents et internes de Médecine Générale de passer leur thèse.
- Le SNJMG a participé à la grève des internes du 17 novembre 2014.
- Le SNJMG a appelé les jeunes médecins généralistes à la mobilisation pour les fêtes de fin d'année et à des journées de grève le 6 janvier 2015 puis le 5 février 2015.
- Le SNJMG appelle à la participation pour la manifestation nationale du dimanche 15 mars 2015 à Paris.
- Le SNJMG appelle à une nouvelle journée nationale de grève le jeudi 19 mars 2015.



Questions – Réponses

Médecin généraliste et soins palliatifs

Que sont les soins palliatifs ?

Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluri-professionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, dans le respect de la dignité de la personne soignée. Les soins

palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort (Définition de l'ANAES en 2002).

Les soins palliatifs ne sont donc pas un arrêt des traitements. C'est une prise en charge qui ne repose plus sur les traitements curatifs, mais sur les ressen-

tis somatique, psychologique, religieux et éthique du patient et de sa famille. Les attentes et les peurs deviennent alors aussi importantes à prendre en charge que la constipation liée aux morphiniques.

Un prérequis nécessaire est de considérer la mort comme étant un processus naturel de la vie.

Quelles structures ?

La prise en charge peut s'effectuer à l'hôpital ou au domicile.

A l'hôpital, il existe trois types de structures :

- ▣ Les unités de soins palliatifs, petites structures d'une dizaine de lits qui prennent en charge les situations les plus difficiles ou complexes.
- ▣ Les équipes mobiles de soins palliatifs qui apportent une aide aux soignants prenant en charge des patients en fin de vie hospitalisés dans les services « standards » de l'hôpital (prise en charge de la douleur, réflexion éthique) et effectuent une prise en charge globale du patient et de son entourage (accompagnement psychologique, retour et maintien à domicile).

▣ Les lits identifiés en soins palliatifs au sein de service d'hospitalisation (ex : cancérologie) qui permettent un lien entre les réseaux de ville et l'hôpital et qui assurent l'accueil des patients quand le maintien à domicile est impossible.

Au domicile, la prise en charge est assurée soit par le service d'hospitalisation à domicile

(dépendant d'une structure hospitalière) soit par un réseau de soins palliatifs qui a pour rôle de coordonner l'action de tous les professionnels de santé impliqués. Néanmoins, le maintien à domicile nécessite la disponibilité du médecin traitant et de tous les intervenants, la capacité de la famille à assurer ce maintien, et la coordination des professionnels autour du patient.



Quel rôle pour le médecin généraliste ?

Etre médecin généraliste de patient en soins palliatifs à domicile n'est, en général, pas chose aisée. On se sent souvent un peu démuni face à cette personne et à sa famille que l'on connaît parfois depuis des années.

Nous avons deux rôles essentiels et complémentaires : soulager le patient et soutenir sa famille.

Pour soulager le patient, la prise en charge de la douleur est nécessaire mais pas seulement. En effet, il faut aussi réévaluer les traitements pris par le patient, parfois depuis très longtemps, et juger de leur intérêt. Il ne faut pas hésiter à arrêter les médicaments qui ne soient pas « confortables » pour le patient (ex : AVK nécessitant une surveillance biologique hebdomadaire). Chaque introduction ou arrêt de traitement doit se faire après explications et acceptation du patient et de la famille. En effet, il peut être très difficile pour un patient d'avoir à arrêter un traitement qui lui avait été prescrit « à vie » (ex : AVK, chimiothérapie POS). Certains ont l'impression de renoncer. Il faut donc introduire les possibilités de changement avec délicatesse et ne pas hésiter à attendre quand on voit que les verrous psychologiques sont trop forts.

L'écoute des angoisses, interrogations et attentes du patient sont indispensables à toute prise en charge palliative. Si cela est trop difficile, il vaut mieux passer la main...



Le soutien aux familles passe évidemment par l'écoute et la disponibilité. Mais notre prise en charge doit aussi inclure le questionnement. La plupart des familles se sentent démunies face au déclin de la personne aimée et pensent que les situations mises en place à un moment donné sont immuables. Il est donc nécessaire de vérifier régulièrement avec les membres de la famille si la situation, qui évolue au cours du temps, est toujours tolérable, si une intervention des SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) doit être demandée, ou si une hospitalisation doit être envisagée.

Il est important d'avoir toujours à l'esprit qu'il est très culpabilisant pour une famille de demander une hospitalisation puisqu'elle est souvent perçue comme un manquement à une parole donnée plus ou moins explicitement.

Il est important de ne pas rester seul lorsque la prise en charge nous semble délicate : il ne faut jamais hésiter à téléphoner dans les services de soins palliatifs du secteur ou au médecin référent si le patient fait parti d'un réseau pour avoir un conseil ou un avis.



Quelle formation pour aller plus loin ?

Dans la grande majorité des cas, le médecin apprend au fur et à mesure de son expérience. Ce qui n'est pas toujours facile.

Lors de l'internat, il est possible d'inclure un stage en service de soins palliatifs dans sa maquette (stage libre).

Il existe actuellement un Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) et un Diplôme Universitaire (DU).

Le DESC de médecine de la douleur et médecine palliative est non qualifiant (on ne perd pas son statut de généraliste). Il se débute pendant le troisième cycle des études médicales. La maquette se divise en deux parties. La partie théorique est composée d'un enseignement de 180h de cours et la rédaction d'un mémoire. La partie pratique comprend la validation de 4 semestres dans des services agréés (hospitaliers ou non).



Le DU d'accompagnement et soins palliatif peut être réalisé pendant le troisième cycle ou en tant que formation continue. Il comporte une année de cours, un examen écrit, un court stage dans un service de soins palliatifs et la rédaction d'un mémoire. Ce DU peut ensuite être complété par un Diplôme Inter-Université de soins palliatif qui a des objectifs plus larges.

Dr Emilie FRELAT



GARDER CONTACT - ADHERER

www.snjmg.org

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

N'hésitez pas, nous sommes là pour ça !

Snjmg



Macéo éditions



Retrouvez toutes nos actualités
et communiqués sur le site

snjmg.org

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^{er} 2^e 3^e 4^e 5^e 6^e

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



« 7^e département de France (1,5 million d'habitants, 894 communes, 1,799 milliard d'euros de budget), le Conseil Départemental du Pas-de-Calais a souhaité donner une nouvelle impulsion à sa politique qui s'est notamment traduite par la réorganisation et une territorialisation de ses services. 5 300 agents départementaux (1 200 agents des collèges et 345 agents de la Direction Départementale des Territoires et de la Mer ont rejoint le Conseil Départemental dans le cadre des transferts de compétences) et 1 950 assistantes familiales sont au service du Département. Ces effectifs sont répartis en 7 filières, 252 métiers et représentent 304 millions d'euros de masse salariale. Intégrée au sein de la Maison du Département Solidarité, la Maison de l'Autonomie est une organisation territoriale d'acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires qui interviennent au bénéfice des personnes en perte d'autonomie et de leurs familles. Le développement des Maisons de l'Autonomie s'inscrit à la fois dans le Projet Stratégique Départemental à travers l'orientation « Protéger les plus fragiles et favoriser leur autonomie » et dans les deux schémas départementaux en direction des Personnes Âgées et des Personnes en situation de Handicap, dans un souci de convergence des publics et de logique de parcours de la personne. »

2 Médecins Experts en Maison de l'Autonomie (h/f) (Arras et Béthune)

Placé sous l'autorité du Directeur de la Maison du Département Solidarité et en relation fonctionnelle avec la Direction de l'Autonomie et de la Santé (DAS), vous fournissez votre expertise médicale à la mise en œuvre opérationnelle des politiques départementales sur le territoire d'intervention de la Maison de l'Autonomie, dans les domaines suivants :

- aide sociale
- accueil familial des personnes âgées et handicapées
- lutte contre la tuberculose (sur Arras)
- et dans la mise en œuvre des politiques de Santé du Département.

En étroite collaboration avec le chef de service, vous participez à l'élaboration et au suivi du projet du service dans le cadre du projet de territoire. Vous exercez des fonctions d'encadrement technique telles que la mise en place des procédures, des outils et des méthodes de travail.

Titulaire d'un Doctorat d'Etat en Médecine, vous bénéficiez idéalement d'une expérience en gériatrie et dans le domaine du handicap. Un Diplôme Universitaire en santé publique serait également un atout certain (possibilité de formation en vue de l'obtention d'un DU en Santé Publique).

Maîtrisant les outils informatiques, vous êtes familiarisé avec la conduite de projets. Le permis B est nécessaire pour ce poste.

Renseignement : M. Matthieu STAELI, chargé de recrutement au 03.21.21.56.82. recrutement@cg62.fr

Merci d'adresser un CV et une lettre de motivation à : Monsieur le Président du Conseil Général du Pas de Calais - Direction des Ressources Humaines - Hôtel du Département - 62018 ARRAS CEDEX 9 ou postulez directement par mail sur recrutement@cg62.fr en précisant la réf : MED/MS.

Profil du poste détaillé sur www.pasdecalais.fr/recrutement

Médecin généraliste ou MPR (H/F) CDI temps plein

Rattachement hiérarchique : Le médecin chef de l'établissement.

Poste :

Le médecin généraliste ou MPR a pour missions principales de :

- Assurer la gestion opérationnelle de son service dans le cadre de la prise en charge des patients qui lui sont confiés.
- Assurer la prise en charge globale des patients en respectant les pratiques médicales de bonne conduite adéquates et en assurant la continuité des soins.
- Travailler en complémentarité avec les autres médecins du centre.
- Organiser avec les autres médecins, la permanence des soins la nuit et le week-end.
- Assurer l'information et les relations avec les familles.
- Mener des actions de sensibilisation et de formation auprès de l'équipe soignante.
- Simplifier dans la démarche qualité et dans l'élaboration de protocoles.
- Etre acteur dans les instances.
- Animer et développer les réseaux de partenariat.

Rémunération : selon la convention collective FEHAP.



Etablissement :

Centre de Rééducation Fonctionnelle, privé à but non lucratif, spécialisé dans l'appareil locomoteur et pathologies neurologiques – Etablissement spécialisé de 112 lits et 12 places.

Service de rééducation et appareillage de patients amputés.
Parc de 12 hectares.
Cadre de travail privilégié.
Convention FEHAP.

Profil :

Docteur en médecine, inscrit(e) au conseil de l'ordre des médecins, une première expérience en service de rééducation fonctionnelle serait un plus.

Merci de postuler auprès de Dr Marie Decocq-Demichel
51, rue de Belloy - 60 860 Saint-Omer-en-Chaussée
03 44 84 62 18 - m.decocq@probt.com



MAIRIE DE BEDOIN RECRUTE MEDECINS GENERALISTE H/F EN REGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

La ville de Bedoin, recherche dans le cadre du renforcement de l'offre de soins sur le territoire communal deux voire trois médecins généralistes libéraux, en vue de succéder rapidement à un médecin ayant récemment changé d'activité et préparer l'installation de la future maison de santé socioprofessionnelle, des mesures d'accompagnement à l'installation à BEDOIN sont à l'étude avec l'aide de la mairie.

Profil(s) recherché(s) : le candidat devra impérativement être diplômé en médecine générale, et être inscrit ou inscriptible au conseil national de l'ordre des médecins en France.

Vous êtes intéressé(e) et/ou vous souhaitez des informations complémentaires :

Merci d'envoyer votre CV et votre lettre de motivation au docteur BOISSON - Généraliste à BEDOIN

au 06 78 78 04 45 - drboissonph@gmail.com

Informations mairie : Denis FORT - 06 05 06 82 85 - d.fort@bedoin.fr



LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE SUD AQUITAINE

Pour son service de Santé Sécurité au Travail.

Recrute sur son site de Saint-Pierre-de-Mont situé dans les Landes (région agréable : mer et montagne à proximité).

2 MEDECINS H/F titulaires d'un doctorat en médecine

Profil :

• Etre titulaire :

Du CES ou DES de médecine du travail, ou du diplôme de médecine agricole de l'INMA, ou généraliste qui s'engage à suivre la formation INMA (prise en charge intégrale par l'employeur).

• Connaissance du milieu agricole appréciable.

• Capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire (infirmiers en santé au travail, conseillers en prévention des risques professionnels).

Pour toute précision sur le poste, contacter le Dr Anne MAUREL au 06 77 16 65 38 - maurel.anne@sudaquaine.msa.fr



L'association Oppelia recherche pour sa structure NAUTILIA, située au Havre, un médecin généraliste femme ou homme

salarié en CDI à temps partiel - CC66

Nautilia est constituée d'un CSAPA (centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie), d'un CAARUD (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues), d'ACT (appartements de coordination thérapeutique) et d'un service prévention-formation. Voir www.oppelia.fr

L'équipe « soignante » est composée de professionnels de santé, de travailleurs sociaux, de psychologues, d'accueillantes.

Description du poste :

- Consultation auprès de patients souffrant de problématiques addictives, prescription et suivi de traitements médicamenteux (dont méthadone), accompagnement de ces patients en équipe pluri-professionnelle, prise en compte des stratégies de « réduction des risques ».
- Participation à la réflexion clinique (réunion d'équipe) et institutionnelle (projet de structure, voir projet associatif sur site Oppelia).
- Travail de réseau : collaboration avec les médecins généralistes, les pharmaciens et les services hospitaliers ; en particulier appui des médecins généralistes dans leurs pratiques.

Prendre contact avec la directrice 06 45 11 24 93 - pbrachet@oppelia.fr

Poste à pourvoir
immédiatement.



BREHAND bénéficie de nombreux services et commerces :

- | | |
|---|--------------------------|
| 2 écoles primaires (publique et privée) | |
| Pharmacie | |
| Epicerie | |
| Boucherie-charcuterie | |
| Fleuriste | Salle des sports |
| Restaurant | (volley, tennis, basket) |
| Garage | 2 stades |
| Coiffeur | 2 salles des fêtes |
| Bars | |
| Garderie municipale | |
| Bibliothèque | |

MEDECIN GENERALISTE LIBERAL (F/H)

La Commune de BREHAND est située dans le canton de Moncontour, à 8 km au sud de LAMBALLE et de la RN12 (RENNES-BREST), à 20 km de la mer (plage du Val-André) et fait partie du Pays de SAINT-BRIEUC, dans le département des Côtes d'Armor. La commune est dynamique, pleine de charme et compte plus de 1 500 habitants.

Pour faire face à une demande de soins importante de la population, nous recherchons un médecin généraliste libéral h-f pour exercer au sein d'une maison médicale idéalement située en centre-bourg, et accessible aux personnes en situation de handicap.

La structure à l'architecture moderne, inaugurée en 2013, compte deux cabinets médecins, dont un libre de suite et un cabinet infirmier.

Secrétariat commun aux trois professionnels de santé.

Médecin généraliste inscrit-e à l'ordre, vous souhaitez intégrer un cabinet médical vous donnant la possibilité d'exercer en équipe pluridisciplinaire tout en conservant un statut libéral, vous pouvez envoyer vos candidatures à la mairie de BREHAND, 15 rue du Stade, 22510 BREHAND.

Pour tous renseignements, merci de contacter

■ Monsieur le Maire - Yves RUFFET au 02 96 42 78 16

■ Monsieur le Maire Adjoint - Yannick LE GUERN au 06 31 33 97 53



Romagné est une commune rurale de 2 293 habitants, située à 5 km de Fougères (ville de 20 638 habitants). La commune est en plein essor démographique, profitant de sa centralité entre Rennes et Avranches à 20 minutes par l'A84.

Elle dépend de la communauté de communes de Fougères communauté : www.fougères-communaute.fr (centre aquatique, salles de spectacles, médiathèque, centre culturel, conservatoire de musique, école d'arts plastiques, base nautique).

Elle est pourvue de 2 écoles, d'un accueil de loisirs, d'une salle des sports, de terrains de football, d'une halte-garderie, d'une bibliothèque, de 39 associations, d'une maison des services (ADMR) et de commerces de proximité.

La commune dispose aujourd'hui d'une pharmacie, d'un pôle santé dans lequel exercent cinq kinésithérapeutes, un ostéopathe, des infirmières, une podologue, une psychologue et une diététicienne (liste ci-dessous) sont également présentes.

Un médecin est installé à Romagné, toutefois il souhaiterait pouvoir partir en retraite.

La commune souhaiterait que le dynamisme existant en matière de santé se poursuive grâce à l'arrivée d'un ou deux médecins généralistes

Ils pourraient s'ils le souhaitent s'installer dans le pôle médical, puisqu'un projet d'extension de celui-ci est en cours de réflexion.

Les jeunes praticiens intéressés par la commune pourront être associés à ce projet d'extension qui devrait voir le jour à court terme.

Renseignements :

**Mairie de Romagné 02 99 98 81 11 ou par mail dleroy@romagne35.com
Demander M. le Maire, Pierre GAUTIER ou Mme Leroy, secrétaire générale**

Plus d'informations sur le site internet de la commune : www.romagne35.com



Saint-Saturnin, commune de LE MANS METROPOLE, à proximité de la grande zone commerciale nord et des liaisons autoroutières vers Paris, Nantes, Rennes, Tours, Rouen.

Village de 2 600 habitants desservi par une ligne de bus urbain en liaison direct avec le centre-ville du MANS. Saint-Saturnin est doté d'une pharmacie, d'un cabinet de kinésithérapeutes, d'un cabinet d'infirmières, d'un dentiste et le siège d'un important centre de rééducation fonctionnelle (le centre de l'Arche).

Notre village dynamique, plein de vitalité et en plein développement possède plusieurs commerces de proximités et un tissu associatif très développé dans les domaines culturel, social et sportif.

RECHERCHE UN OU DEUX MEDECINS GENERALISTES

En vue du remplacement du médecin en fin d'activité.

La collectivité a le projet de construire un cabinet médical adapté en collaboration avec le ou les futur(s) médecin(s).

L'accueil peut se faire d'ores et déjà dans un local professionnel provisoire et toutes solutions qui pourraient faciliter l'installation seront examinées.

Pour toutes demandes de renseignements contacter la mairie au 02 43 25 50 55 - mail : mairie@saint-saturnin72.fr



LA CLINIQUE MEDICALE VICTOR HUGO SITUEE AU MANS RECHERCHE

un 3^{ème} médecin généraliste salarié temps plein (8 demi-journées par semaine) dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée.

L'activité de la clinique est exclusivement oncologique et hématologique avec des services de chimiothérapie ambulatoire, d'hospitalisation conventionnelle (35 lits) et de radiothérapie, complétés par un plateau technique comprenant médecine nucléaire, radiologie et laboratoire de biologie.

Les médecins généralistes assurent, en collaboration avec les oncologues, la prise en charge des patients hospitalisés pour leurs traitements et leurs toxicités, ou les complications évolutives du cancer (douleur, soins palliatifs, dénutrition).

Prise de fonction : début juin 2015 (dans la mesure du possible).

Contact : Clinique Victor Hugo - Mme Hélène PAPIN - DRH - 18, rue Victor Hugo - 72015 LE MANS cedex 2
02 43 47 94 94 ou h.papin@cvh72.org

**Commune de 2 039 habitants située à 40 km du Mans (72)
et limitrophe du Perche crée un Centre Municipal de Santé avec une ouverture en Mai 2015.**



RECRUTE DEUX MEDECINS GENERALISTES Temps complet - (dont un médecin coordonnateur)

Les médecins seront épaulés par deux secrétaires médicales.

Présence de plusieurs praticiens médicaux sur la commune, et d'une pharmacie.

Contrat de trois ans renouvelable une fois puis CDI possible.

**Prise de fonction en
Avril et Juin 2015.**

Contact : Tél. : 02 43 97 55 44 - mairie.saint-cosme.en.vairais@wanadoo.fr

LA COMMUNE DES CONTAMINES MONTJOIE RECHERCHE UN MEDECIN TRAUMATOLOGUE Installation en profession libérale

Station village été - hiver située en Haute-Savoie, tout près de Megève et de Chamonix, à 1h d'Annecy et de Genève. 1 200 habitants permanents - 10 000 lits touristiques. Forte affluence touristique pendant la saison d'hiver (du 15 décembre au 20 avril) et d'été (juillet, août). Pendant l'hiver, le cabinet médical reçoit les personnes secourues sur les pistes de ski pour des actes de radiologie et soins de première urgence. Le cabinet médical assure également la médecine générale. La commune met à disposition du médecin par bail un cabinet médical de 120 m², composé d'une salle d'attente, de deux bureaux et d'une salle radio, entièrement équipé, ainsi qu'un appareil de radiographie. Possibilité de travailler en collaboration avec un autre médecin, notamment pendant les périodes d'affluence touristique.

CONTACT : Mairie des Contamines-Montjoie - 4, route Notre-Dame-de-la-Gorge - 74170 Les Contamines-Montjoie
Téléphone : 04 50 47 00 20 - Fax : 04 50 47 09 70 - Mail : tgoupille@mairie-lescontamines.com



La ville de Bourbonne-les-Bains recherche des médecins généralistes

en raison de plusieurs départs en retraite et d'un décès brutal.

Plusieurs possibilités d'installation : exercice libéral, seul ou associé, en cabinet indépendant (dans hôtel particulier face aux thermes ou autres cabinets en centre ville, dans le quartier thermal) ou en maison pluridisciplinaire.

Bourbonne-les-Bains est une ville thermale et touristique de 2 250 habitants, située à mi-chemin entre Dijon et Nancy, accueillant environ 8 000 curistes par an dont l'indication thérapeutique est la rhumatologie, la traumatologie et les voies respiratoires. La zone de patientèle est estimée à 5 500 habitants (nombreux villages dans un rayon de 14 km).

Bourbonne-les-Bains est un écrin de verdure qui offre un cadre de vie paisible où il fait bon vivre en toute saison et y élever ses enfants (de nombreuses associations proposent des activités diverses et variées).



Contact : Mairie de Bourbonne-les-Bains - 03 25 90 14 80
Bourbonne est en Zone R.R



Bienvenue à Blanzzy Vous êtes médecin généraliste ?

La commune de Blanzzy cherche à renforcer son offre de soins en médecine générale

Bon à savoir

La Ville de Blanzzy s'engage à apporter son aide dans la recherche d'un cabinet, l'aménagement d'un local ou la recherche d'un logement.

Entre ville et campagne, au cœur de la Bourgogne, la ville de Blanzzy, 6 800 habitants, est à la croisée de tous les grands axes de communication. Découvrez le patrimoine d'une ville située à seulement 35 minutes de Chalon-sur-Saône et 1h15 de Dijon.

Santé/social et services

2 médecins généralistes, 2 cabinets d'infirmiers et 1 indépendant, 1 masseur-kinésithérapeute, 2 chirurgiens-dentistes, 1 pédicure podologue, 1 ostéopathe, 3 pharmacies, 1 foyer d'hébergement pour personnes handicapées, structure pour l'hébergement de personnes âgées, 1 association d'aide aux personnes âgées.

À proximité [10 minutes] : CH Montceau-les-Mines et CH Creusot, nombreux spécialistes, SSIAD, EHPAD, IME, SESSAD, maisons des solidarités, centre de planification familiale.

Transports/mobilité

Gare Creusot - Montceau TGV.
Accès aux grands axes routiers et autoroutiers.

Petite enfance/jeunesse

Structure multi-accueil, crèche et garderie familiale, relais assistants maternels.

Ecoles maternelle et primaire, centre de loisirs, espace jeunes, lycée professionnel.

À proximité [10 minutes : Montceau-les-Mines et le Creusot] : collèges et lycées.

Commerces

140 commerces, artisans et entreprises disponibles sur la commune.

Sports et loisirs

Festival de musique, école de musique, bibliothèque, nombreuses associations culturelles, sportives, socio-éducatives et humanitaires, escale nautique, balades bleues, voies vertes et vélo routes, lac.

Pour toutes demandes de renseignements
contacter la mairie au 03 85 68 00 99

Mail : mairie@blanzzy71.fr

Site internet : www.blanzzy71.fr



Photographies illustrant le perris de la Maison de Santé du Pays d'Alésia et de la Seine, puis l'intérieur d'un cabinet destiné à l'accueil de médecins généralistes.

La Communauté de Communes du Pays d'Alésia et de la Seine recherche des médecins généralistes pour intégrer sa Maison de Santé.

La Maison de Santé a été construite pour faciliter l'installation et le travail des professionnels de soins et améliorer la prise en charge des patients. La MSP permet aux praticiens de préserver leur statut libéral tout en développant les collaborations nécessaires entre eux : 8 professionnels exercent déjà (1 dentiste, 5 infirmières, 1 sage femme, 1 orthophoniste) qui attendent avec impatience 2 généralistes qui pourront en quelques jours/semaines se constituer une patientèle importante et diversifiée (il ne reste que 2,5 médecins généralistes sur le territoire contre 6 il y a deux ans). La collectivité dispose de logements et accompagnera toute recherche d'emploi pour un conjoint, y compris dans la MSP qui peut accueillir d'autres spécialités.

Idéalement située à 30 min de Dijon et à 1h de Paris, la Maison de Santé du Pays d'Alésia et de la Seine offre un environnement agréable, fonctionnel et économe en énergie pour les praticiens.

Les loyers sont très modestes de l'ordre de 10€/m²/mois (soit 480 €/mois pour un espace d'environ 50 m²).

Les clés pour s'installer !

- Un territoire comprenant plus de 8000 habitants.
- Des cabinets accessibles fonctionnels, économes en énergie.
- Des conditions fiscales attractives (ZRR).
- Une petite ville dynamique à la qualité de vie reconnue (commerces, 6 écoles maternelles et élémentaires, 1 collège, équipement sportifs uniques, vie culturelle, salle de spectacle, crèche...).

Renseignements & Visites

Maison de Santé
1 Ter, rue du Parc des Sports
21150 Venarey-Les Laumes
03 80 96 06 83
msp@cc-alesia-seine.fr
<http://www.cc-alesia-seine.fr>



Centre Hospitalier de la
HAUTE CÔTE-D'OR

Le Centre Hospitalier de la Haute Côte-d'Or (Site de Châtillon-sur-Seine) recherche :

Un médecin temps plein - Inscrit à l'ordre des médecins

Pour prendre la responsabilité du Service de Médecine Polyvalente.

Ce service comprend 2 unités :

- 1 unité de 27 lits de médecine polyvalente.
- 1 unité de 27 lits de médecine polyvalente avec :
 - Une activité de chimiothérapie.
 - Une activité d'endoscopie.
 - 4 lits de lits monitorés.
 - 4 lits de surveillance continue.

Personnels médicaux :

- 1 praticien temps partiel, cardiologue.
- 1 praticien temps partiel, gastro-entérologue.
- 2 praticiens attachés temps plein.

Responsable des Affaires Médicales - Mme D. GODEFERT - Tél. : 06 78 06 69 93 - danielle.godefert@ch-hco.fr
Adjointe aux Affaires Médicales - Mme S. DEVRY - Tél. 03 80 90 58 40 - sandrine.devry@ch-hco.fr



A 1h30 de Paris, au bord de l'Yonne, une charmante petite ville, **SAINT JULIEN DU SAULT**

Riche de son passé : cité médiévale avec sa chapelle du 12ème, ses maisons à colombages, sa collégiale, ses vitraux...

Riche de son présent : proche de la Région Parisienne, par autoroute A5 ou A6, par RN6 ou SNCF, cette commune de 2500 habitants a su accueillir dans sa zone industrielle des entreprises importantes : BERNER - EFISOL - AUTOMOTIVE LIGHTING et autres entreprises

Bénéficiant de 2 cabinets médicaux (départs en retraite), d'un cabinet d'infirmières, d'une pharmacie, d'un jeune ostéopathe, d'une maison de retraite (70 lits), d'une maison médicale en projet, de nombreux commerces (restaurants, supermarchés), industries, gare SNCF, nombreux loisirs (tennis, golf, ski nautique, cyclisme ...), MJC (danse de salon, country...)...

attend avec impatience l'arrivée d'un MEDECIN GENERALISTE (H/F) désireux/se de consacrer son métier à une clientèle faite pour lui/elle.

Si vous êtes ce médecin prêt(e) à tenter l'expérience, merci de contacter la mairie pour de plus amples renseignements (logement, conditions d'exercice, population...)

au 03 86 63 22 95 ou stjulien.emploi@wanadoo.fr

Consultation du site www.stjulendusault.com

RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

sur notre portail internet www.fehap.fr

LA FÉDÉRATION

INFORMATIONS & SERVICES

EMPLOI

Offre d'emploi

CVthèque

Service Civique

Espace Candidat

Espace recruteur

Offre d'emploi à temps partagé

Je suis à la recherche d'un poste

Je suis recruteur

Je m'enregistre sur le portail Internet FEHAP

Je m'identifie sur le portail internet FEHAP

Je recherche un salarié, je me rends sur l'espace Offre d'emploi

Je recherche ou souhaite proposer un temps partiel, je me rends sur l'espace Offre d'emploi à temps partagé

Je poste ma candidature

Je crée une alerte pour recevoir les offres d'emploi correspondant à ma recherche

Je crée mon annonce

Je crée une alerte pour recevoir les CV adaptés à ma recherche

Mon CV est visible par plus de 4 000 structures

Elle est soumise à validation auprès de la FEHAP

Si elle est validée, l'annonce est mise en ligne

Si je le souhaite, elle est reprise sur les comptes Viadéo et LinkedIn de la FEHAP

MATCHING !

Rejoignez la communauté des Médecins Généralistes



Sur
Reseauprosante.fr

Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - contact@reseauprosante.fr