



# **PLATEFORME SNJMG 2006**

**2 - Formation médicale initiale**

**9 - Remplacements**

**10 - Médecin collaborateur**

**11 - Démographie médicale et installation**

**19 - Hôpital**

**20 - Gardes et Urgences**

**22 - Convention médicale**

**24 - Sécurité sociale**

**24 - Informatique médicale**

**25 - Femme MG**

**26 - Formation médicale continue**

**27 - Médicament**

**28 - Conseil de l'Ordre**

## <Formation médicale initiale>

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) demande :

- une réforme des études médicales reconnaissant la place des sciences humaines au coté des matières médicales et scientifiques, garantissant une bonne préparation au futur exercice professionnel des étudiants et permettant la formation de médecins en nombre et qualité correspondant aux besoins de santé publique
- la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité clinique et universitaire à l'égal des spécialités (avec création d'une sous section Médecine Générale en Commission Nationale des Universités)
- l'abrogation des ordonnances de 1958 afin, notamment, de casser le système des PU-PH empêchant toute véritable reconnaissance universitaire de la médecine générale
- l'établissement d'une connexion FMI/FMC en fin d'études

Le SNJMG reconnaît la particularité d'exercice des urgences et de la gériatrie (comme celle de la gynécologie médicale, la PMI/médecine scolaire, les soins palliatifs et l'addictologie) mais rappelle leur intrication avec la médecine générale.

Aussi, le SNJMG demande la reconnaissance de ces particularités d'exercice sous forme de DESC accessibles au titulaires du DES de médecine générale.

Soucieux de ne pas pénaliser les générations antérieures au DES de médecine générale, le SNJMG demande l'équivalence DESC pour les titulaires de la CAMU, de la CMU ou de la capacité de gériatrie et la possibilité de s'inscrire en DESC (Gynécologie médicale, PMI/médecine scolaire, Gériatrie, Soins palliatifs, Urgences / SMUR, Addictologie) pour tous les thésés avant la création du DES de médecine générale.

Pour le SNJMG, la possibilité de passerelles et la possibilité d'évolutions de carrière sont des mesures *indispensables* à la revalorisation de la MG, et à l'incitation à s'y lancer.

### Propositions pour le PCEM

#### **\* Première année du premier cycle des études médicales**

##### **Premier principe :**

Maintenir le numerus clausus en première année.

Militant pour une professionnalisation accrue de la formation médicale initiale, le SNJMG ne peut concevoir de reculer le concours en 2<sup>ème</sup> voire 3<sup>ème</sup> année.

##### **A propos du numerus clausus d'entrée dans les études médicales, le SNJMG rappelle :**

-son refus de tout autre numerus clausus ultérieur (accès au 3<sup>ème</sup> cycle, fin d'études, installation ou conventionnement)

-sa revendication d'un numerus clausus établi grâce aux travaux d'un observatoire national de la démographie médicale en fonction de l'offre de soins existante et des besoins actuels et à venir de santé publique

##### **Deuxième principe :**

Développer la diversité de recrutement des futurs praticiens.

Le SNJMG réclame une réelle chance en première année pour tout titulaire du baccalauréat quelle que soit sa filière, et de toute personne déjà inscrite dans des filières paramédicales, ou exerçant une activité paramédicale.

**Concernant le contenu de l'enseignement, le SNJMG demande un programme d'enseignement équilibré entre :**

- matières à visée pratique : Anatomie, Biologie et Physiologie,
- matières à visée scientifique : Biochimie et Biophysique,
- matières à visée générale : Ethique médicale et Philosophie de la Santé, Psychologie, Secourisme.

**Troisième principe :**

Lutter contre le "gâchis humain" des recalés au concours.

Le SNJMG demande que les matières au programme soient enseignées sous forme d'Unités de Valeurs (qui pourraient être validées individuellement en cours d'année) communes avec d'autres filières universitaires (pharmacie, biologie, physique, chimie, psychologie, etc...) : Ainsi, les recalés au concours pourraient faire valoir une ou plusieurs de ces UV pour une réorientation dans une autre filière en cours ou en fin d'année (ceci suppose de revoir les conditions d'inscription en Université ou en formation para médicale afin de permettre des inscriptions multiples). Cette formation se fera par enseignements dirigés et travaux pratiques (cours magistraux exclusivement réservés aux disciplines ne pouvant être enseignées autrement) et sa validation par des questions à choix multiples, des questions rédactionnelles ou des analyses de textes.

**NB :** Le SNJMG s'oppose au projet d'interdire tout redoublement lors de cette première année (décision qui favorise de facto les organismes privés de préparation au concours)

**\* Deuxième année du premier cycle des études médicales :**

Sa philosophie doit être l'approche de la fonction même de médecin. Ceci implique:

- une connaissance approfondie de la sémiologie et de la psychologie,
- une familiarisation avec les examens complémentaires,
- un apprentissage aux gestes infirmiers (stages),
- un développement de la "culture générale médicale" (histoire de la médecine, système de soins).

L'emploi du temps se répartira entre enseignements dirigés, travaux en groupe et stages pratiques (notamment au lit du malade).

La validation de cette deuxième année se fera par des évaluations théoriques et pratiques. Estimant qu'il est possible et même souhaitable de faire l'économie d'une année d'études médicales, le SNJMG n'écarte pas l'hypothèse de faire fusionner l'actuelle deuxième année de PCEM avec l'actuelle première année de DCEM selon le projet présenté ci dessus.

Le SNJMG renouvelle son acceptation du numerus clausus, mais uniquement en début d'études (à l'occasion de la première année) et adapté aux besoins de santé publique. Le SNJMG demande un programme de premier cycle assurant une connaissance du système de santé, et un apprentissage des bases de l'exercice de tout médecin. Ce programme jette les bases d'un deuxième cycle orienté sur la formation pratique médicale au travers de modules intégrés alliant théorie et pratique.

Enfin, le SNJMG demande que la première année de ce premier cycle soit ouverte à toute personne motivée par la profession de médecin et qu'elle soit conçue de façon à favoriser l'accès à d'autres facultés ou la préparation d'autres concours pour les étudiants qui ne poursuivront pas en Médecine.

## **Propositions pour le DCEM**

Le SNJMG demande :

- un enseignement de DCEM transversal, non cloisonné, basé sur le principe du module intégré (stages de durée variable de 2 à 4 mois et regroupant selon des thèmes pédagogiques : Enseignement théorique et enseignements dirigés par généralistes et spécialistes + enseignement pratique au lit du patient et en consultation ambulatoire) avec la mise en place d'un système d'évaluation /accréditation des terrains de stage et des enseignements,

- une pleine intégration de la Médecine Générale à ce cursus (en tant que matière spécifique, à l'égal des spécialités) avec des stages chez le praticien pour tous les étudiants,

**NB** : Après avoir obtenu la création d'un diplôme de fin de DCEM, le SNJMG demande que ce diplôme ouvre accès (pour ceux qui le désirent) à un troisième cycle de médecine non praticienne (droit ou journalisme médical, gestion d'établissements socio-sanitaires...)

## **Propositions sur les modalités de passage DCEM / TCEM**

Avec la mise en place en Juin 2004 des premières épreuves classantes nationales anonymes (ECNA) pour l'entrée en troisième cycle, le SNJMG s'est réjoui de voir retenues certaines des revendications du syndicat :

- remplacement du concours de spécialités par une épreuve nationale classante commune à la Médecine Générale et aux spécialités
- épreuve dissociée de la validation du deuxième cycle,
- épreuve organisée en juin (et non en septembre comme initialement proposé)
- épreuve décentralisée (au moins une demi-douzaine d'inter - régions),
- réelle possibilité de seconde chance offerte à tous les étudiants
- retrait de la proposition de "Bonus" octroyé aux étudiants n'ayant pas redoublé durant leur deuxième cycle (disposition pénalisant doublement les étudiants ayant dû interrompre leurs études pour des raisons de santé ou financières).
- apparition retardée à 2008 des questions de lectures critiques d'articles
- disparition des questions à choix multiples au profit de questions rédactionnelles,
- évaluation d'un savoir essentiellement pratique plutôt que d'un seul savoir scientifique pur

Ceci étant, le SNJMG plaide pour une évaluation à trois ans de cette nouvelle épreuve (soit après la session de 2006).

## **Propositions pour le D.E.S. de Médecine Générale**

### **\* Maquette des stages**

Compte tenu de l'allongement à trois ans du troisième cycle de médecine générale (officialisé par le décret du 19 Janvier 2001), le SNJMG se satisfait de la maquette actuellement en place:

- 1 stage hospitalier de médecine adulte
- 1 stage hospitalier de médecine mère et enfant
- 1 stage hospitalier d'urgence et/ou SMUR
- 1 stage hospitalier libre
- 1 Stage Chez le Praticien (SCP)
- 1 stage préférentiellement en ambulatoire

**Toutefois, le SNJMG demande :**

- une réelle possibilité de formation en psychiatrie, au cours de ces stages ou en parallèle,
- des mesures transitoires quant à la validation de cette maquette pour les étudiants des promotions 2001 et 2002 voire 2003, du fait de la mise en place tardive du 6e semestre

Le SNJMG affirme son engagement historique en la défense des droits des internes de médecine générale à la meilleure formation possible, dans des conditions de travail et de vie décentes.

**\* Organisation du "6e semestre"**

Depuis novembre 2001, le troisième cycle des études médicales se déroule sur 6 semestres, en vue d'une harmonisation européenne des études médicales.

Le SNJMG regrette que l'allongement des études pour les futurs généralistes soit nécessaire pour permettre la reconnaissance de la médecine générale à l'égal des spécialités, alors qu'il y a encore trop de temps perdu dans le cursus actuel.

Prenant acte de cette nécessité, le SNJMG avait demandé dès 1999 (annonce de la réforme) que ce semestre soit l'occasion de parfaire la formation des internes de médecine générale lors d'un stage « actif » en ambulatoire ou, en fonction de projets personnels, d'un stage à orientation particulière, éventuellement en établissement de soins.

**La Médecine Générale ne se définit pas uniquement par une activité "libérale". Aussi pour le SNJMG, l'interne doit pouvoir choisir son terrain de stage en fonction de son projet professionnel :**

- . Médecine générale ambulatoire ("libérale" ou "salariée")
- . Médecine en réseau
- . Médecine humanitaire

**NB :** si l'acceptation de ce choix doit nécessiter l'autorisation d'une entité universitaire, le SNJMG demande que les résidents soient représentés dans cette entité de façon équivalente à la représentation des enseignants.

En ce sens, le SNJMG avait accueilli avec satisfaction la publication d'un texte de loi instaurant pour ce 6e semestre un nouveau stage « préférentiellement en ambulatoire ».

**- le choix**

Pour le SNJMG, l'interne en médecine générale peut choisir ce nouveau stage dès le quatrième semestre, après avoir réalisé le stage chez le praticien (SCP).

**- le statut**

Vu l'objectif professionnel de ce stage, le SNJMG avait initialement proposé un statut de "Faisant Fonction de Senior" pour le stagiaire.

Fin 2002, constatant l'impossibilité d'aboutir à un consensus avec les autres intervenants sur cette question, le SNJMG a accepté que le statut d'interne soit maintenu pour ce stage à condition que ce statut soit pleinement respecté :

L'interne est un praticien en formation. En tant que tel, il ne doit être payé ni à l'acte ni par intéressement de ses actes. Il doit avoir des garanties de formation mais aussi en terme d'horaires, d'assurances et de couverture sociale.

Dans le cadre du stage, il ne peut pas participer à la permanence des soins en ambulatoire à la place de son formateur, tout comme l'interne ne peut travailler aux urgences de l'hôpital sans supervision directe d'un praticien hospitalier.

Un temps de garde seniorisée en ambulatoire ne serait envisageable que dans la mesure où auraient été réunies les conditions d'assurances et de couverture sociale de l'interne. Dans ce cas, le volontariat étant reconnu pour les gardes des médecins installés, il devrait aussi s'appliquer aux résidents.

Enfin, le repos de sécurité comme l'intégration des gardes dans le temps de travail étant reconnu aux internes, ces principes devraient s'appliquer à l'hôpital comme en ambulatoire. En ambulatoire comme à l'hôpital, l'interne ne peut dispenser ni les différents certificats, ni les médicaments à prescription sécurisée, ni les autres actes médico-légaux qui lui sont interdits par son statut.

Il ne peut se déplacer au domicile des patients que si les conditions du déplacement lui sont garanties par l'hôpital de rattachement. Sans assurance, l'interne ne peut être contraint de se déplacer au domicile des patients.

Il bénéficie des deux demi-journées hebdomadaires consacrées à la formation.

Les modalités de prise de congés traditionnels sont les mêmes quel que soit le stage choisi par le résident, 30 jours ouvrables par an.

Outre les congés traditionnels, l'interne bénéficie des autres congés que lui garantit son statut : congés maladie, congés accident de travail/maladie professionnelle, congés maternité, paternité ou adoption.

**NB** : Le SNJMG demande que ce statut soit aussi respecté dans le cadre de l'actuel stage chez le praticien.

#### **- les horaires**

Il faut une définition claire du temps de travail des internes.

Actuellement, l'interne travaille onze demi-journées par semaine. Ces demi-journées ne sont pas définies par les textes de loi, les seules marges étant les horaires de la garde.

La garde est définie comme débutant après 18 heures 30, et se terminant à 8 heures 30 : la journée de travail de l'interne ne doit donc pas commencer avant 8h30 et finir après 18h30.

La demi-journée doit être définie comme étant de 3 heures 30 (comme pour les médecins hospitaliers seniors).

Elle doit être appliquée durant toute la formation du jeune médecin généraliste, à l'hôpital comme dans les stages ambulatoires.

#### **- le cadre d'exercice**

. L'interne effectue son stage en milieu hospitalier.

Il est sous supervision indirecte de son référent (chef de service), tous les problèmes sont discutés au cas par cas, des réunions de service sont organisées pour exposer les dossiers de patients hospitalisés. L'interne est autonome, mais le référent travaille dans le même temps et dans le même service.

. L'interne effectue un stage en « centre de soins primaires »

Il est sous la responsabilité d'un maître de stage (mds), il est sous supervision indirecte. Il mène les consultations seul, le mds ne pouvant pas consulter dans le même temps. Il est ainsi en prise directe avec la médecine ambulatoire, prenant à son compte la consultation et les décisions thérapeutiques.

**Toutefois, cette supervision indirecte doit avoir des limites :**

**# Limites organisationnelles :**

Le mds s'engage à être disponible pour répondre aux problèmes décisionnels, pour réaliser des actes, certificats ou prescriptions interdits aux internes.

Le mds s'engage à être disponible pour faire face aux absences de l'interne.

**# Limites pédagogiques :**

Une véritable formation ne peut s'envisager sans dialogue régulier entre étudiant et formateur (Voir point suivant)

**- les garanties de formation en stage ambulatoire**

Le sixième semestre en soins primaires est l'occasion de réfléchir au caractère formateur du stage et aux écueils contre lesquels le SNJMG se bat au quotidien : surcharge horaire, défaut d'encadrement, travail demandé non conforme aux aptitudes d'un interne,...

C'est pour cela que le SNJMG refuse tout minimum d'actes à réaliser. Hors actes techniques, la quantité n'a jamais été un gage de formation ; il faut privilégier la qualité...

Dans ce stage, la supervision indirecte doit permettre à l'interne une plus grande implication dans la consultation. C'est le prolongement de son précédent stage chez le praticien.

Une bonne formation en supervision indirecte oblige à une revue de dossiers au moins quotidienne. Une simple rencontre hebdomadaire est non seulement inutile, mais surtout délétère pour la crédibilité du stage en médecine ambulatoire. Il faut une discussion des dossiers en fin de chaque demi-journée (voire en fin de journée). L'interne garde ainsi en mémoire l'intégralité des consultations et pourra profiter au maximum de la discussion. Un travail bibliographique peut être proposé.

Une demi-journée hebdomadaire doit être consacrée à la relecture des dossiers, présentation des recherches effectuées, ce qui est profitable tant pour le mds que pour l'interne.

**- la rémunération du stagiaire**

C'est un praticien en formation salarié par la DRASS, sa rémunération est prévue par les textes de lois relatif au statut de l'interne et fonction de son ancienneté. Il ne peut y avoir d'intéressement sur les actes réalisés par l'interne dans le cadre du sixième semestre en médecine ambulatoire.

**- la rémunération du maître de stage en ambulatoire**

Le maître de stage doit être rémunéré par la faculté comme tout autre enseignant car il doit bénéficier d'un statut de Praticien Ambulatoire - Praticien Universitaire à l'égal de celui de Praticien Universitaire - Praticien Hospitalier.

Il ne doit donc pas être intéressé aux honoraires générés par le stagiaire (lui aussi salarié) sinon, ce serait la course au rendement, avec les aléas de la structure choisie (activité, localisation, etc...). Ce serait aussi un sous entendu malsain : une motivation purement financière pour accepter un stagiaire dans son cabinet...

**- les terrains de stages**

De même qu'il existe un pool commun de stages hospitaliers quelque soit le semestre de l'interne, le SNJMG propose un pool commun de stages en ambulatoire que se soit pour le stage chez le praticien ou pour le "6e semestre" en centre de soins primaires. Les mds forment des Groupes Pédagogiques Ambulatoires (GPA) de 2 à 4 généralistes avec un responsable pour chaque groupe.

Si pendant le stage l'un des mds s'absente, le stagiaire doit poursuivre le stage avec les mds restants du GPA auquel il est affecté (Rappel : l'interne est libre de déterminer ses périodes de congés dans le cadre réglementaire de son statut).

Le SNJMG demande la même procédure d'agrément et d'adéquation pour les stages hospitaliers et les stages en ambulatoire.

Le SNJMG demande une même procédure de choix de stages pour les stages hospitaliers et les stages en ambulatoires et que ces choix s'effectuent lors d'une séance commune.

#### **\* Validation du D.E.S**

**Sous réserve de la satisfaction des revendications précédentes**, le SNJMG est favorable au maintien du système actuel : validation du D.E.S =

- + Validation des stages
- + Validation des enseignements théoriques
- + Soutenance de thèse

Compte tenu de la difficulté pour faire une thèse lors des stages et des menaces de conventionnement sélectif et/ou individuel basé, entre autres, sur des procédures de (re)certification, le SNJMG rejette toute procédure de certification.

En revanche, le SNJMG est favorable à l'évaluation systématique réciproque formateur/étudiant à l'occasion de chaque stage et préfère au système de (re) certification un système d'évaluation personnel régulier et volontaire (voir le chapitre FMC).

Par ailleurs, le SNJMG demande la possibilité de 2 semestres supplémentaires libres dans le cadre d'un DESC de Médecine Générale à orientation particulière (Gynécologie médicale, PMI/médecine scolaire, Gériatrie, Soins palliatifs, Urgences / SMUR, Addictologie,...) qui imposerait alors un mémoire. Ainsi les MG à DESC auront légitimité à revenir en arrière ou à exercer en parallèle la médecine générale "pure", sans risquer de la dévaloriser et dévaloriser ceux qui l'exercent.

#### **Enfin, le SNJMG demande durant le TCMG :**

- un enseignement sur l'Ethique médicale et la Philosophie de la Santé
- un enseignement sur l'Economie de la Santé et le système de soins,
- l'établissement d'une connexion FMI/FMC.

## <Remplacements>

### **- Statut du médecin remplaçant**

Le SNJMG milite depuis sa création pour la pleine reconnaissance du remplaçant thésé à l'égal de l'installé.

Ainsi, le SNJMG se félicite d'avoir obtenu l'enregistrement URSSAF des remplaçants comme médecins secteurs 1 (1992), l'alignement de la couverture maternité des remplaçantes sur celle des installées (1995) ainsi que la délivrance d'un caducée personnel pour tout médecin thésé (2003).

De même, après avoir œuvré pour que les remplaçants puissent participer, au même titre que les installés, aux séminaires de formation médicale continue (FMC), le SNJMG s'est réjoui qu'en juin 2004, après 8 années de discussions avec le GIP-CPS, la Carte de professionnel de Santé (CPS) soit accessible aux remplaçants (thésés ou non) qui désirent en disposer.

Pour atteindre son objectif, le SNJMG veut compléter ces acquis par les revendications suivantes :

- \* tous les remplaçants qui le souhaitent sont électeurs et éligibles aux unions professionnelles de médecins dans les mêmes conditions que les médecins installés,
- \* tous les remplaçants peuvent recevoir les documents émanant des caisses de sécurité sociale et de l'administration tels qu'ils sont envoyés aux médecins installés.

En parallèle de ses revendications, le SNJMG demande que le rattachement administratif (CO, URML, taxe professionnelle,...) des remplaçants puisse correspondre à l'un de leur lieu habituel de remplacement et non obligatoirement à leur lieu de résidence (NB : Le SNJMG demande la révision du mode de calcul de la taxe professionnelle pour les remplaçants).

Enfin, le SNJMG demande que :

- \* à l'instar de ce qu'il a obtenu (en partie) pour les cotisations CARMF, les diverses cotisations appliquées aux médecins soient mieux proportionnelles à leurs revenus,
- \* soit reconnu explicitement un reversement de 100% des honoraires pour un remplacement lors d'une FMC indemnisée
- \* les remplaçants soient bénéficiaires de toute indemnité d'astreinte lors de gardes effectués lors d'un remplacement (NB : Au minimum, le SNJMG demande qu'une disposition réglementaire établisse l'obligation pour le remplacé de verser la totalité de l'indemnité d'astreinte au remplaçant qui a effectué la garde correspondante),
- \* les remplaçants procédant à la télétransmission de FSE lors de leurs remplacements puissent bénéficier, au prorata de leur activité, de l'aide à la télétransmission accordée aux médecins installés

### **- Assouplissement des conditions de remplacement**

Dans une démarche d'amélioration des conditions démographiques professionnelles, le SNJMG demande un assouplissement des conditions de remplacement. Cet assouplissement doit porter tant sur les modalités de remplacement (ex : durée et régularité) que sur les possibilités légales de remplacer (le SNJMG demande le maintien de la licence de remplacement et la possibilité de décompter des temps de maternité/adoption/paternité de la période d'obtention de la licence).

### **- Aides ciblées aux remplacements**

Afin que les médecins secteur 1 ou en zones sous médicalisées ne soient pas pénalisés par rapport à leur confrère dans leur recherche de remplaçants, le SNJMG propose, pour ces médecins, la création d'aides financières et matérielles aux remplacements.

## **<Médecin collaborateur>**

### **Approche globale :**

Afin de répondre aux problèmes de démographie médicale et aux aspirations des jeunes médecins sur l'évolution des modes d'exercice, le SNJMG milite depuis plusieurs années pour la création d'un statut de médecin collaborateur.

Pour le SNJMG, la création d'un statut de médecin collaborateur impose de le différencier du remplaçant : le remplaçant exerce en lieu et place du remplacé lors de ses absences (congés personnels, maternité/paternité/adoption, maladie, accident de travail), le collaborateur exerce aux côtés du médecin pour l'aider dans sa pratique.

Comme le remplacement implique un contrat de remplacement, la collaboration implique un contrat de travail.

### **Ce contrat a deux objectifs :**

- déterminer la nature de la collaboration : "libérale" ou salariée (le SNJMG tient à ce que les 2 possibilités soient reconnues)
- déterminer les conditions pratiques de l'assistantat/collaboration : durée, horaires, partage des locaux et du matériel (NB : le SNJMG demande que le cadre légal et déontologique de la collaboration interdise toute affectation de l'assistant/collaborateur aux basses oeuvres dont se déchargerait l'assisté)

### **Concernant le statut de médecin collaborateur, le SNJMG demande que :**

- la possibilité d'opter pour ce statut ne soit pas limitée dans le temps
- toutes les durées possibles soient reconnues pour ce statut : CDI ou CDD, temps plein ou temps partiel
- le collaborateur puisse bénéficier, dans le cadre d'un statut salarié, de tout ce que cette situation implique : temps de travail, repos de sécurité, congés, couverture sociale, FMC incluse dans le temps de travail,...
- la collaboration ne soit pas limitée aux seules zones jugées déficitaires en offre des soins

**NB 1** : ce nouveau statut entraînera la disparition de l'actuel statut d'adjoint

**NB 2** : Pour le SNJMG, le statut de remplaçant, primordial pour l'aide à l'exercice des médecins ambulatoires, est à préserver ; il ne doit être concurrencé ni par celui du collaborateur, ni bien sûr par celui de l'étudiant en stage ambulatoire qui n'est pas là pour faire office de remplaçant à ses enseignants.

### **Avis sur le statut de collaborateur créé en 2005 :**

La création d'un statut de collaborateur satisfait le SNJMG. Mais le statut créé en 2005 ne répond pas aux attentes du syndicat en la matière. Ce statut est limité à un collaborateur libéral et le détail du contrat en limite l'intérêt. Aussi, le SNJMG demande la réforme de ce statut et sa nécessaire extension au collaborateur salarié.

## **<Démographie médicale et installation>**

### **Introduction**

Devant les défis démographiques à venir, le SNJMG réaffirme son attachement à la liberté d'installation des jeunes médecins.

Ainsi, le SNJMG refuse fermement toutes mesures coercitives à l'installation des jeunes médecins (numerus clausus à l'installation, conventionnement sélectif / adapté).

En effet, ces mesures ne correspondent aucunement aux principes du système de soins français et accéléreraient, bien plus qu'elles ne les combattraient, la constitution de territoires médicalement "difficiles".

En revanche, le SNJMG, qui a toujours préféré l'incitation à la coercition, propose des politiques d'incitations positives à l'installation et la promotion de modes plus souples d'exercice destinés à rendre plus d'attractivité à des lieux menacés de dé-médicalisation.

Ces propositions incitatives, le SNJMG a été la première organisation médicale à en faire une présentation détaillée en 2002. Elles se retrouvent pour l'essentiel dans le rapport établi par le sénateur honoraire Charles Descours en mai 2003.

En septembre 2004, le SNJMG déplore que les pouvoirs publics n'aient tiré aucun enseignement de ce rapport.

### **Politiques d'incitations positives à l'installation**

Attentif à l'évolution du système de soins français et soucieux de relayer les aspirations des jeunes générations de généralistes, le SNJMG s'est vite impliqué dans le dossier de la démographie médicale.

Dans les années 90, le discours dominant était la dénonciation du sureffectif. Pourtant, le SNJMG faisait exception à la règle en remarquant que le mythe des "20 000 médecins de trop" n'était étayé par aucune étude scientifique. Rappelant que la densité médicale française se situait dans la moyenne européenne, le SNJMG alertait les pouvoirs publics des problèmes de répartition des médecins et des risques à venir de situations de plus ou moins relative pénurie. Malgré les rapports ministériels Choussat et Coudreau confirmant cette analyse, il faudra attendre le début des années 2000 pour que soit reconnu les risques de pénurie consécutifs à l'inégale répartition des médecins sur le territoire.

### **Cette inégale répartition porte sur :**

- la qualification des médecins : déséquilibre spécialistes/généralistes
- la localisation des médecins : différences inter régionales (déséquilibre nord/sud), intra régionales (zone urbaine/zone rurale) et intra citadines (quartiers favorisés/quartiers défavorisés)

## **A. Analyse des causes des problèmes démographiques**

### **A1. Causes de l'inégale répartition des médecins**

#### **A1a. Causes du déséquilibre entre spécialistes et généralistes**

Elles se trouvent dans la dynamique de l'hyper spécialisation générée par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

Des services de plus en plus spécialisés se sont multipliés avec le développement des CHU. A la tête de ces services, les praticiens hospitaliers - praticiens universitaires avaient besoin d'étudiants pour justifier leurs postes universitaires et d'internes pour assurer la bonne marche de leurs services. Ainsi, le numerus clausus des études médicales a été perverti au point de former plus de spécialistes que de généralistes.

#### **A1b. Causes des déséquilibres territoriaux**

Elles se trouvent dans le hiatus entre un mode d'exercice médical immuable et une société en pleine évolution.

Cette évolution se manifeste d'abord chez les patients.

Les patients vivent l'évolution de plus en plus consumériste de notre société comme ils souffrent de l'accroissement des risques de cette société (difficultés socio économiques, relationnelles, conjugales). Dans un monde où s'étiolent les structures familiales (avec une perte de transmission des "savoirs pratiques") et les repères collectifs, les patients soumis à une société anxigène sont de plus en plus seuls face à leur souffrance morale et/ou physique. Il y a donc une demande de soins intimement plus pressante qui dans un univers de plus en plus marchand peut se transformer en une exigence de prestation.

Cette évolution ne touche pas que les patients mais aussi l'environnement professionnel du médecin.

Elle se traduit alors par un accroissement des contraintes administratives (ex : responsabilisation vis à vis des dépenses de santé) et réglementaires (ex : responsabilité professionnelle). A ces contraintes, se rajoute l'évolution des savoirs qui impose aux médecins de trouver dans un flot de publications et de formations aux desseins plus ou moins clairs, les informations pertinentes.

Face à cette évolution de la société, les médecins ne peuvent plus se satisfaire d'un exercice médical corseté dans des principes d'un autre âge. Soumis à une pression grandissante sur la qualité de leur prestation, ils préfèrent s'installer dans des lieux qu'ils connaissent bien, correctement fournis en correspondants (médicaux et para médicaux) et en plateaux techniques bien équipés, à proximité de structures d'urgences hospitalières (privées ou publiques). Les médecins rejettent de plus en plus les lourdes contraintes d'exercice (horaires à rallonge, gardes répétées et/ou épuisantes) et sont de plus en plus soucieux d'une certaine qualité de vie privée (accès aux services économiques, administratifs et culturels) : l'époque du sacerdoce est révolue...

## **A2. Raisons particulières expliquant la situation démographique dans les zones rurales**

Elles découlent des raisons générales évoquées précédemment :

- Isolement professionnel et privé (raréfaction des services publics, des commerces, des entreprises...)
- Horaires à rallonge et contrainte des gardes

## **A3. Raisons particulières expliquant le déficit de professionnels dans les zones urbaines difficiles**

Elles découlent des raisons générales évoquées précédemment :

- Poids des problèmes socio économiques et/ou socio culturels
- Horaires à rallonge et contrainte des gardes

## **B. Les propositions**

### **B1. Propositions pour réduire les déséquilibres**

#### **\* Observatoire de la démographie des professions de santé**

En 1996, le SNJMG a été la première organisation médicale à demander la création d'un observatoire de la démographie des professions de santé. Il a fallu attendre le décret du 4 mars 2002 pour obtenir le principe de sa création et juillet 2003 pour assister à sa mise en place.

#### **De plus, le SNJMG constate que :**

- l'organisation de cet observatoire ne correspond pas aux objectifs de santé publique qui devraient être les siens
- cet observatoire n'a toujours rien produit de constructif après un an d'existence

D'ailleurs, le Parlement vient de voter la création d'un comité de la démographie médicale au côté de cet observatoire...

#### **Aussi, le SNJMG propose :**

- une réforme de cet observatoire en une structure " légère" à fonction purement technique de saisie et de traitement des informations démographiques
- la production par cet observatoire, d'un rapport annuel sur l'état de la démographie médicale et les tendances évolutives. Ce rapport serait adressé au Gouvernement, au Parlement, à l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et à l'Union Nationale des Professions de Santé. Après avis de ces deux dernières instances, il reviendra aux deux premières de fixer le numerus clausus (le SNJMG milite pour un relèvement significatif et progressif afin d'éviter tout effet "yo-yo") et le ratio entre futurs généralistes et futurs spécialistes (le SNJMG milite pour un ratio de 2/3 - 1/3).

## **\* Réformes universitaires**

Dès sa création en 1991, le SNJMG demandait la disparition du concours de spécialités (Communément appelé concours de l'internat). Aussi, le SNJMG se félicite de son remplacement en 2004 par une épreuve classante nationale, d'organisation décentralisée, commune (Médecine Générale et Spécialités confondues) permettant d'établir des quotas par filière ou par groupe de spécialités en fonction des besoins de santé publique de la population.

### **Au delà de la satisfaction de cette revendication historique, le SNJMG propose :**

- Pour lutter contre les effets pervers de l'hyper spécialisation de la médecine générée par les CHU : l'abrogation des ordonnances de 1958 permettant une participation conjointe de l'hôpital et de l'ambulatoire aux missions universitaires, la reconnaissance de la médecine générale comme discipline clinique et universitaire à l'égal des spécialités et le remplacement du DES de gynécologie médicale par un DESC accessible aux médecins généralistes
- Pour inciter les étudiants à découvrir d'autres exercices que ceux dans ou à proximité d'un CHU : l'augmentation des possibilités de stages ambulatoires (d'externat et d'internat) en milieu rural et de stages (d'externat et d'internat) dans les structures hospitalières périphériques (dans le respect du statut des internes), la refonte des indemnités "logement" et "nourriture" (devenues obsolètes) et la création d'une indemnité "éloignement".

## **B2. Propositions opérationnelles pour faciliter l'installation de médecins**

### **\* Amélioration de la lisibilité des modalités d'installation**

#### **Le SNJMG propose :**

- le renforcement de la formation des internes en 3e cycle concernant les modalités d'installation
- la clarification des différentes structures juridiques régissant l'installation en groupe.

### **\* Création d'un statut de médecin collaborateur**

Pour le SNJMG, la création d'un statut de collaborateur impose de le différencier du remplaçant : le remplaçant exerce en lieu et place du remplacé lors de ses absences (congés personnels, maternité/paternité/adoption, maladie, accident de travail), le collaborateur exerce aux cotés du médecin pour l'aider dans sa pratique.

Comme le remplacement implique un contrat de remplacement, la collaboration implique un contrat de travail.

Ce contrat a deux objectifs : déterminer la nature de la collaboration : "libérale" ou salariée (le SNJMG tient à ce que les 2 possibilités soient reconnues), déterminer les conditions pratiques de la collaboration : durée, horaires, partage des locaux et du matériel (Le SNJMG demande que le cadre légal et déontologique de la collaboration interdise toute affectation du collaborateur aux basses œuvres dont se déchargerait le médecin installé)

**NB :** le SNJMG demande que le médecin thésé (assistant/collaborateur ou remplaçant) soit considéré comme un praticien à l'égal des installés.

### **\* Possibilité d'exercice multi - sites**

Le SNJMG est favorable à cette possibilité dans des zones déficitaires à condition de prendre toutes les précautions utiles pour éviter la création de "chaînes" de cabinets à l'instar d'enseignes de commerces.

Il est également possible d'envisager le développement de systèmes de transport des personnes à mobilité réduite vers les lieux de consultations.

### **\* Mesures financières, fiscales et conventionnelles liées à l'installation**

Le SNJMG propose la mise en place d'aides ponctuelles lors de l'installation et des premières années de celle-ci (primes, prêts à taux réduit pour les frais d'installation, diminution de charges, lissage des prélèvements URSSAF et CARMF,...) mais aussi et surtout la mise en place de mesures pérennes tout au long de la carrière du médecin (ex : création de rémunérations forfaitaires complémentaires à moduler selon le lieu d'installation, prêts à taux réduit pour les frais d'exercice, révision de la taxe professionnelle, réévaluation des actes techniques coûteux en temps et en matériel,...).

Etant donné que l'aménagement du territoire revient à l'Etat, les mesures financières et fiscales doivent être du ressort de l'Etat et non des collectivités locales (sinon ce sont les collectivités les plus riches qui auront les plus gros moyens pour proposer des incitations aux médecins, ce qui va à l'encontre du but recherché).

Les zones déficitaires en offre de soins ambulatoires doivent être déterminées par l'Observatoire de la démographie des professions de santé sur les critères suivants : structures démographiques des populations et des professionnels de santé, équipements sanitaires, paramètres socio économiques... (NB : le SNJMG dénonce la définition trop restrictive de zones sous médicalisées établie par le décret de Décembre 2003)

Enfin, le SNJMG rejette toutes mesures discriminatoires envers les médecins déjà installés dans ces zones (ex : un texte de loi de l'été 2004 prévoit de ne pas attribuer à ces médecins l'aide à la réorientation professionnelle à laquelle ont droit les autres médecins). Comment prétendre inciter des médecins à s'installer dans des endroits où on va ensuite leur appliquer des mesures discriminatoires leur interdisant des droits attribués aux autres ?! Pour le SNJMG, la possibilité de passerelles et la possibilité d'évolutions de carrière sont des mesures *indispensables* à la revalorisation de la MG, et à l'incitation à s'y lancer.

### **\* Réorganisation de la permanence de soins**

Le SNJMG estime qu'il faut en premier lieu trouver des solutions concrètes à ce problème avant de vouloir résoudre les problèmes de démographie : le règlement de la question des gardes et urgences doit être un préalable et non un sous dossier des aides pérennes à l'installation.

Concernant les gardes et urgences, le SNJMG renouvelle sa revendication d'un véritable volontariat pour les gardes et la reconnaissance de la permanence des soins (en tant que prise en charge des urgences) comme une mission de service public (où les généralistes volontaires pourront participer dans le cadre d'un contrat de praticien contractuel à temps partiel avec tous les droits et devoirs inhérents à ce statut public).

## **Promotions de modes plus souples d'exercice**

### **A. Sur l'exercice des médecins**

#### **\* Assouplissement des conditions de remplacement**

Cet assouplissement doit porter tant sur les modalités de remplacement (ex : durée et régularité) que sur les possibilités légales de remplacer (le SNJMG demande le maintien de la licence de remplacement et la possibilité de décompter des temps de maternité/adoption/paternité ou de mission humanitaire de la période d'obtention de la licence)

#### **\* Aides aux remplacements**

##### **- Aides ciblées aux remplacés**

Afin que les médecins secteur 1 et/ou en zones sous médicalisées ne soient pas pénalisés par rapport à leur confrère dans leur recherche de remplaçants, le SNJMG propose, pour ces médecins, la création d'aides financières et matérielles aux remplacements.

##### **- Aides ciblés aux remplaçants**

Afin d'inciter les remplaçants à exercer dans les zones de sous densité médicale, le SNJMG propose la suppression de la clause de non installation dans la zone du médecin remplacé plus de 3 mois pour les zones déficitaires et une fiscalité spécifique allégée pour les remplacements en zones défavorisées..

#### **\* Révision des missions des intervenants en Santé**

Certains actes actuellement pratiqués par des médecins devraient être du ressort de para médicaux ou de professionnels sociaux. Aussi, avant d'aborder de transfert de compétences, le SNJMG demande de confier :

- les problèmes sociaux et de maintien à domicile à des professionnels qualifiés: assistantes sociales, ergothérapeutes, professionnels de services aux personnes... (NB : Le SNJMG demande l'engagement de l'Etat dans le développement de telles professions et d'organismes d'aides au maintien à domicile gérant le passage au domicile des infirmières, aides soignantes, auxiliaires de vie, aides ménagères...)

- certains suivis (ex: surveillance tensionnelle, glycémique...) aux personnels infirmiers

- certains actes techniques à des para médicaux

#### **\* Développement de l'exercice en groupe**

Le SNJMG est favorable à une incitation au travail en groupe car il pense que celui-ci est mieux adapté à la médecine du 21ème siècle (rupture de l'isolement, sécurité, partage des connaissances, possibilité de secrétariat...). Toutefois, il refuse d'en faire une condition d'obtention des mesures fiscales et financières à l'installation. En effet, le SNJMG ne peut que s'inquiéter des effets pervers d'une prime qui obligerait un jeune médecin de " faire affaire " avec les médecins de la région. D'autant que ce regroupement, surtout en zone non concernée par les problèmes d'insécurité, peut parfaitement être virtuel grâce aux nouvelles techniques de l'information et de la communication (cf. l'expérience du Dr Philippe Venier <http://www.santemayenne.com>). Le SNJMG donne donc sa préférence à des mesures fiscales et financières d'incitation.

## **\* Création de maisons de santé**

Dans le prolongement de l'exercice en groupe et de la révision des missions des intervenants en Santé, le SNJMG est favorable à une promotion des maisons de soins associant médecins et para médicaux via des mesures fiscales et financières relevant de l'Etat.

## **B. Liens ville/hôpital**

Pour combattre l'isolement professionnel, le SNJMG demande un développement des réseaux de santé. Dans le même temps, le SNJMG demande que les réseaux soient soumis à une règle de respect et reconnaissance de chacun des acteurs : les réseaux ne doivent pas être les chevaux de Troie de l'hospitalo-centrisme (déjà trop développé) du système des soins.

Dans ce cadre, le SNJMG soutient l'existence d'hôpitaux locaux en zones rurales et demande de faciliter l'accès des médecins généralistes à des postes hospitaliers à temps partiel.

## **C. La formation**

### **C1. FMI**

Pour le SNJMG, le développement de stages d'étudiants dans des zones médicalement défavorisées répond à un objectif de découverte par les étudiants de l'exercice dans ces zones. Il n'est pas question de faire de ces étudiants des " bouches trou ". C'est pourquoi le SNJMG demande qu'il n'y ait aucune confusion possible entre :

- stagiaire en ambulatoire
- médecin collaborateur
- médecin remplaçant

### **C2. FMC**

Le SNJMG propose les actions de FMC soient organisées sur le temps de travail (et non en sus) et qu'un mécanisme conventionnel puisse dédommager le médecin du temps ainsi consacré à sa formation.

## **Conclusion**

Pour le SNJMG, la réponse aux problèmes de démographie médicale passe inéluctablement par une évolution de la formation et de l'exercice professionnel des médecins.

Cette évolution ne peut se faire que sur un mode positif ; les mesures coercitives ne seront qu'un frein dérisoire voire illusoire à cette évolution.

Le SNJMG n'ignore pas qu'il est possible de faire capoter une politique positive en n'organisant qu'un ersatz de celle-ci sur des zones très limitées avec un temps d'évaluation très court.

Ainsi, le SNJMG demande que la réponse aux problèmes de démographie médicale ne se limite pas à des mesures d'aides à l'installation stricto sensu et que celles-ci ne comportent pas de contreparties qui s'avèreraient dissuasives pour les jeunes médecins qu'elles concernent (exemples : regroupement obligatoire dans un cabinet de groupe ou une structure de soins déjà

existante, entrée obligatoire dans un tour de garde, obligation de rester plus de 5 ans sur le lieu de l'installation).

De plus, le SNJMG demande une période d'expérimentation suffisamment longue pour qu'il puisse être fait un bilan cohérent de leur impact en termes de repeuplement des zones sous-médicalisées.

Enfin, toutes les mesures précédentes ne peuvent pas se concevoir en dehors d'une politique globale d'aménagement du territoire venant en aide aux zones en crise : politique sociale et économique volontariste, défense des services publics (exemple : écoles, bureaux de poste, administrations)...

## <Hôpital>

Après avoir obtenu le réajustement de la grille de salaire des assistants généralistes et, au travers des grèves de 1998, 1999, 2000 et 2001, un nouveau statut pour les résidents (incluant le repos de sécurité obligatoire après une garde) et une revalorisation de la rémunération de leurs gardes, le SNJMG demande :

- l'abrogation des ordonnances de 1958 pour mettre fin à la fiction de la triple mission des PH (soins, enseignement, recherche) et la remplacer par un système de valences prenant aussi en compte la gestion d'un service hospitalier
- l'amélioration des conditions de travail des personnels des services hospitaliers : 35 heures pour les personnels non médicaux et repos de sécurité + limitation du temps de travail hebdomadaire à 48 heures pour TOUS les personnels médicaux, internes/résidents inclus.
- la réduction des obligations de services de 11 à 10 demi-journées pour les internes/résidents
- l'alignement des rémunérations des FFI sur celles des internes (comme le SNJMG l'a demandé lors des 4 grèves)
- la disparition des statuts précaires pour les médecins exerçant à l'hôpital et une totale harmonisation des grilles de rémunération entre spécialistes, généralistes et associés sur la base du principe : même travail et mêmes responsabilités = même statut et même rémunération (en tenant éventuellement compte du nombre d'année de formation).
- la mobilisation de moyens humains et matériels indispensables au bon fonctionnement de l'hôpital et lui permettant de répondre à ses missions de service public : accès pour tous à des soins de qualité, enseignement médical et para médical, recherche médicale

A ce propos, le SNJMG manifeste son désaccord avec le plan "Hôpital 2007".

Le SNJMG est attaché au principe de l'accès aux soins de qualité pour tous, il ne peut donc pas accepter de projet qui menace l'hôpital d'une privatisation rampante :

- création de groupements public/privé menaçant la notion de service public hospitalier, déjà bien écornée par l'existence de consultations privées,
- application d'une tarification à la pathologie, à l'hôpital comme dans les établissements privés, faisant courir le risque d'une sélection des malades,
- création de pôles d'activités risquant de mettre les médecins hospitaliers sous tutelle économique.

Enfin, le SNJMG s'interroge sur les conséquences de cette réforme sur les missions d'enseignement et de recherche de l'hôpital.

## <Gardes et Urgences>

### **Le SNJMG rappelle certaines réalités :**

-Les généralistes, désormais toutes générations confondues, demandent une évolution clairement établie de la permanence de soins : l'ancien système des gardes de ville est révolu et les tentatives actuelles de réforme ne sont que du bricolage plus ou moins réussi !

-Les gardes ambulatoires constituent un complément utile aux services hospitaliers publics et privés d'accueil des Urgences. Pour autant, les généralistes ne constituent pas la "piétaille" du système hospitalier qui use et abuse déjà des internes et des médecins à statuts précaires (Vacataires, médecins à diplôme étranger) pour le fonctionnement de ses propres services d'urgences.

-Les jeunes médecins en lutte pour leur statut hospitalier n'acceptent pas de voir les travers de l'hôpital reproduits dans le secteur ambulatoire.

### **C'est pourquoi, le SNJMG demande :**

#### **- Une politique de prise en charge globale et cohérente des urgences :**

\* Reconnaissance réelle de la permanence de soins (gardes et urgences) comme mission de service public (définition d'objectifs et budgétisation des moyens financiers correspondant aux objectifs retenus)

\* Partage de cette mission entre garde ambulatoire, Pompiers, SAMU et services hospitaliers d'accueil des urgences

\* Organisation d'une garde ambulatoire professionnalisée

Création d'un centre "ambulatoire" d'accueil et de réception des appels avec interconnexion efficace de ce service avec les centres 18 et 15

Délégation de l'organisation de la garde ambulatoire à des associations locales de médecins volontaires (NB : ces associations communiquent le tableau de garde et les limites géographiques des secteurs qu'elles entendent couvrir aux Conseils départementaux de l'Ordre chargés de collecter ces informations et de les transmettre aux préfetures / DDASS et aux CPAM)

Création d'un statut de praticien contractuel à temps partiel pour les généralistes participant à cette régulation ambulatoire et/ou à ces structures de garde dédiées assurant à ces médecins le même cadre d'exercice que pour les autres médecins intervenant dans cette mission de service public : même niveau de rémunération, même couverture en matière de prestations sociales et d'assurance professionnelle, même encadrement des gardes (pas plus de 24 heures de travail d'affilée sans repos de sécurité ; les femmes sont dispensées de gardes à compter du 3e mois de grossesse)

Possibilité (et non obligation) pour des médecins non installés de participer à cette garde ambulatoire (NB : le SNJMG s'oppose à toute obligation de remplacement ou de garde ambulatoire ou de stage en zones sous médicalisées - ou ailleurs - pour les internes en médecine générale et/ou les thésés non installés).

Rappel : le SNJMG affirme que seul un tel système incitatif de permanence des soins aidera à la résolution des problèmes de démographie médicale.

\* Intégration d'un module "urgences pré-hospitalières" dans les modules prioritaires de FMC pour les médecins volontaires à la permanence de soins

\* Education des patients sur le bon usage des services de garde (médecin de garde, pompiers, SAMU, services d'Urgences)

**- Une amélioration de l'efficacité des services hospitaliers d'urgences :**

\*Détermination pour chaque service des moyens adéquats en matériel et personnel (ainsi qu'en lits d'hospitalisation dédiés disponibles)

\*Amélioration des conditions de travail des personnels des services d'urgences (35 heures pour les personnels non médicaux et repos de sécurité + limitation effective du temps de travail hebdomadaire à 48 heures pour TOUS les personnels médicaux, internes et FFI inclus + alignement des rémunérations des FFI sur celles des internes + disparition des statuts précaires pour les médecins exerçant à l'hôpital avec totale harmonisation des grilles de rémunération entre spécialistes, généralistes et associés)

\*Acceptation d'une digne et véritable place des généralistes dans les services d'urgences

## <Convention médicale>

### **Approche globale :**

Le SNJMG demande le remplacement des secteurs conventionnels actuellement fondés sur des critères tarifaires par des secteurs conventionnels se référant à l'activité professionnelle : un secteur Médecine Générale et un ou plusieurs secteurs de spécialités. Les missions que s'engage à assurer le praticien dans ce secteur Médecine Générale seraient :

- le suivi, la coordination et la synthèse des soins, dans le domaine curatif et préventif, des différents intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux,
- la prévention et le dépistage,
- l'information et l'éducation des patients.

### **Rappel : le SNJMG est opposé à tout conventionnement individuel/sélectif.**

Pour le SNJMG, ce secteur "Médecine Générale" pourrait se décliner en un bouquet différentes options : options associant paiement à l'acte et forfait (I) et options de salariat. Ces options ne seraient pas exclusives les unes des autres et permettraient une multiplicité de statuts possibles pour le médecin généraliste. Cette multiplicité de statuts assurerait une diversification des modes de revenus et une pratique non exclusivement prescriptrice (II).

L'ensemble de ces mesures devraient freiner la "course à l'acte" et favoriser la pratique d'une médecine sachant prendre son temps, de meilleure efficacité pour le patient, de meilleur confort pour le médecin et de moindre coût pour la société. Enfin, la possibilité de passerelles et la possibilité d'évolutions de carrière sont, pour le SNJMG, des mesures *indispensables* à la revalorisation de la MG, et à l'incitation à s'y lancer.

**NB :** le SNJMG refuse tout système de C différencié suivant le type d'acte. Il s'agit en effet d'une mauvaise réponse à "la course à l'acte" pour des raisons pratiques (faible efficacité, effets pervers...) et théoriques (système antinomique de la vision globale du patient spécifique au médecin généraliste).

### **I/ Exemple d'option associant paiement à l'acte et forfaits:**

- paiement à l'acte : pour les prestations curatives,
- paiements forfaitaires : pour les prestations suivantes :
  - \* installation : forfaits différenciés suivant la zone géographique, le secrétariat, le matériel médical, ...
  - \*exercice : forfaits rémunérant, par exemple, le service de réponse téléphonique, les échanges de courriers papier et électronique, la télétransmission des FSE, la tenue d'un dossier médical répondant à un cahier des charges établi par l'ANAES, le suivi de patient à profil de santé publique particulier (enfants, patients en ALD et/ou handicapés,...), etc...

**NB 1 :** Pour le SNJMG, le coût de ce qui est *indispensable* à l'exercice de la médecine ne doit pas reposer sur une forme de rémunération liée à la *quantité* de travail : Est-il normal qu'un médecin à petite patientèle ou à actes lents soit financièrement pénalisé dans le fonctionnement de sa pratique par rapport à un médecin "gros producteur" ?

**NB 2 :** Concernant l'OMR, le SNJMG ne se fixe pas la défense de cette option comme but en soi de ses revendications : le SNJMG défend le maintien de l'OMR (ou d'une évolution de l'OMR) dans les possibilités offertes à TOUS les médecins généralistes et à TOUS les patients.

## **II/ Exemples d'activité(s) non prescriptrice(s):**

### **Ces activités sont rémunérées chacune de façon indépendante :**

- activités de prévention (et/ou d'éducation pour la santé) collectives : par exemple: intervention dans des campagnes institutionnelles type INPES, MILDT,...
- recherche en médecine générale (par exemple directeur de thèse) et épidémiologie (par exemple : participation à des enquêtes de sociétés savantes ou de l'INSERM, du RNSP,...),
- formation en formation médicale initiale (par exemple cours universitaires, maîtrise de stage,...) ou en FMC indépendante (par exemple : organisation et/ou animation de séminaires),
- investissement syndical et représentation dans des instances professionnelles (par exemple unions professionnelles, commissions conventionnelles, conférences de santé, conseils de FMC,...),
- travail de synthèse et de suivi d'expérimentations de filières et/ou réseaux de soins.
- activités hors cadre conventionnel : participation à la permanence des soins et/ou activité de médecin pompier, vacations aux urgences et/ou centre 15, en hôpital local, en gériatrie, en médecine scolaire, en protection maternelle et infantile...

### **Avis sur la convention 2005 :**

#### **Pour le SNJMG, la nouvelle convention constitue :**

- une rupture d'égalité d'accès aux soins pour les patients avec la mise en place d'une médecine à 2 vitesses et la légalisation des dépassements d'honoraires pour tous les spécialistes d'organes,
- une humiliation pour la médecine générale dont la spécificité est déniée,
- une régression pour les médecins généralistes dont la mission de médecin traitant est dévoyée dans un système lourd et dirigiste, à visée purement économique,
- une menace pour les jeunes installés et les candidats à l'installation en médecine générale avec la création de "patientèles captives" qui constituent de facto une première mesure coercitive à l'installation.

Même s'il estime que le moratoire n'est pas la solution la plus adaptée pour palier, entre autres, les risques à l'installation en médecine générale engendrés par le système du "médecin traitant", le SNJMG poursuit par défaut la discussion avec le Ministre de la Santé sur les bases suivantes :

- Moratoire de 7 ans
- Moratoire ouvert sur tout le territoire
- Moratoire ouvert à tous les généralistes nouvellement installés (que se soit leur première installation ou non)
- Grandes campagnes d'information des patients sur le moratoire au minimum 2 fois par an (campagnes nationales sur l'existence du moratoire et campagnes locales informant tous les patients qu'ils ne seront pas pénalisés en consultant des généralistes installés depuis moins de 7 ans)

## **<Sécurité sociale>**

Le SNJMG demande la création d'un système de protection sociale universel (accessible à tous), uniforme (offrant à chacun la même couverture) et unique (géré par un seul organisme) et la mise en place par les pouvoirs publics d'une véritable politique de santé (objet d'un débat annuel au Parlement, incluant la loi de financement de la sécurité sociale).

Dans un objectif d'accès pour tous à des soins de qualité, le SNJMG demande l'abrogation des décrets parus en juillet 2005 réformant l'Aide Médicale d'Etat (AME).

## **<Informatique médicale>**

Le SNJMG demande comme préalables à tout codage des actes, pathologies et prescriptions une procédure garantissant l'anonymat à la source de l'identité du patient et du médecin et un contrôle démocratique des données recueillies.

Concernant la télétransmission des FSE par les médecins libéraux, le SNJMG constate que l'actuelle indemnisation (en fonction du nombre de FSE) par l'Assurance Maladie est défavorable aux jeunes médecins et aux médecins pratiquant une "médecine lente". Aussi, le SNJMG demande que :

- l'Assurance Maladie indemnise de manière forfaitaire tous les médecins assurant la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE),
- cette indemnisation soit suffisante pour compenser non seulement le temps passé à la télétransmission, mais aussi le matériel nécessaire à celle-ci et sa maintenance."

## <Femme MG>

Déjà majoritaires chez les étudiants en médecine et chez les médecins de moins de 35 ans (56%), les femmes dépasseront les hommes parmi les médecins en activité vers 2020 et représenteront 52% du corps médical en 2025. Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) considère la féminisation comme un révélateur positif des changements sociologiques chez les médecins.

Or, si les mentalités évoluent, l'exercice en ambulatoire ne bouge pas beaucoup et une régression est même en vue avec la nouvelle convention médicale. Le risque est donc d'autant plus grand d'une fuite croissante de l'exercice de la discipline de Médecine Générale par les jeunes générations de médecins généralistes, que les résultats des premières épreuves classantes nationales ont déjà montré son actuel manque d'attractivité auprès des étudiants.

Aussi, le SNJMG agit pour que l'exercice médical en ambulatoire évolue de façon à ne pas rebuter les jeunes médecins et notamment les femmes. Dans ce but, le SNJMG milite pour :

- la redéfinition du métier de médecin généraliste
- la valorisation de la carrière des médecins ayant choisi cette discipline
- la création d'un statut de médecin collaborateur (libéral et/ou salarié)
- l'organisation d'une permanence des soins attractive sur la base d'un réel volontariat
- la diversification des modes de rémunérations des médecins généralistes
- la possibilité de faire de la Formation Médicale Continue (FMC) sur son temps de travail sans être pénalisé par une perte de revenus
- la création de mesures incitatives pour l'exercice en commun (exercice en groupe, travail en réseaux...).

Par ailleurs, le SNJMG pense qu'il est temps de revaloriser décemment les indemnités dont peuvent bénéficier les femmes médecins enceintes exerçant en libéral. En effet, depuis le 31 mars 1995, les femmes de profession libérales exerçant en exercice libéral exclusif peuvent bénéficier de l'allocation forfaitaire de repos maternel et de l'indemnité de cessation d'activité. (Réf. : décret n° 95-336 du 28/03/95). Un rapide calcul révèle que par rapport aux salariées le montant des indemnités chute de manière significative. Après s'être associé aux autres syndicats de médecins seniors, pour obtenir en 1995 la création de ces indemnités et pour étendre leur champ d'application aux remplaçantes (jusqu'alors seules les installées bénéficiaient d'une maigre prestation), le SNJMG entend donc demander une augmentation de ces indemnités. Parallèlement à cette revalorisation, le SNJMG demande également la revalorisation des indemnités adoption et paternité et une prise en considération de ces situations (maternité, paternité, adoption) pour les choix de stages des internes en médecine générale.

Enfin, constatant la faible représentation des femmes (comme des jeunes médecins en général) dans les institutions professionnelles, le SNJMG demande, dans le cadre de sa revendication d'une redéfinition du métier et de la diversification des rémunérations, une politique incitative pour l'aménagement des conditions de travail des élus aux instances professionnelles des médecins (exemples : réunions de réflexion, d'organisation et de négociations mieux intégrées et compensées financièrement à l'intérieur du temps de travail médical).

Il en va de la reconnaissance des femmes médecins et de revendications cohérentes pour une profession qui peut saisir l'occasion d'évoluer grâce à sa féminisation.

## <Formation médicale continue>

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes apprécie que conformément à sa demande, les derniers textes réglementaires organisant la Formation médicale continue (FMC) la rende accessible à tous (libéraux - remplaçants inclus - hospitaliers et salariés).

Le SNJMG estime que la validation scientifique des projets de FMC n'est pas dépendante du type d'activité médicale. Le SNJMG estime que cette validation doit revenir à la Haute Autorité de Santé (sous réserve d'une garantie d'indépendance de cet organisme).

Pour les médecins libéraux, le SNJMG propose la création d'une structure responsable du financement de la FMC. Cet organisme, remplaçant le FAF-PM, émettra des chèques formation permettant aux médecins de s'abonner à une revue, s'inscrire à une association ou à une action de FMC à la condition que cette revue, association ou action ne reçoivent AUCUN SOUTIEN (matériel ou financier) de l'industrie pharmaceutique. Les règles de gestion devront être aussi strictes que s'il s'agissait de fonds publics avec contrôle régulier par la Cour des comptes.

**NB :** Le SNJMG demande que les membres de cet organisme ainsi que les membres de la HAS et de l'AFSSAPS fassent état d'éventuels conflits d'intérêts.

**Cette FMC pourra être validée à l'occasion d'une évaluation des pratiques professionnelles réalisée à la demande du médecin intéressé tous les 5. Cette évaluation sera organisée par :**

- La section correspondante (généraliste ou spécialiste) de l'URML, pour les libéraux,
- La CME de l'hôpital, pour les hospitaliers,
- Le conseil national des médecins salariés (à créer), pour les salariés.

Elle sera faite par 2 médecins exerçant la même activité (mais dans une autre région) habilités par la Haute Autorité de Santé.

Cette démarche d'évaluation sera validée par l'Ordre des médecins (avec possibilité d'en faire état sur la plaque professionnelle et les ordonnances) et reconnue, pour les médecins libéraux, par les caisses d'assurance maladie (par exemple : indemnisation du temps non travaillé pour cause de FMC).

**NB :** le financement des syndicats médicaux doit être séparé du financement de la FMC et faire l'objet d'une totale transparence.

## <Médicament>

Le SNJMG constate que la politique des génériques en France relève toujours de la mascarade.

Ainsi, les pouvoirs publics ont attendu 2002 pour publier un décret (hélas compliqué) autoriser de façon explicite la prescription en DCI (Dénomination Commune Internationale). De même, après avoir accordé un droit de substitution aux pharmaciens permettant de dispenser un générique à partir d'une prescription en nom de marque, les pouvoirs publics en ont rendu l'application particulièrement difficile. En créant un répertoire des génériques toujours inadéquat, puis un TFR (tarif forfaitaire de responsabilité), ils multiplient les motifs de découragement dans l'utilisation des médicaments génériques.

### **Aussi, le SNJMG demande que :**

- les pouvoirs publics mettent en oeuvre une politique cohérente en faveur des copies de médicaments avec notamment l'élaboration et la diffusion gratuite auprès de tous les médecins prescripteurs d'une base de prescription en DCI indépendante de l'industrie pharmaceutique
- les prescripteurs utilisent la DCI autant que possible

Pour le SNJMG, cette mascarade concernant les génériques est révélatrice de l'hypocrisie de tous les gouvernements en matière de médicament.

### **A titre d'exemples, le SNJMG dénonce :**

- de nouveaux médicaments mal évalués, aux prix de vente exorbitants, pour des progrès thérapeutiques minimes voire nuls
- de persistantes hypocrisies des pouvoirs publics à propos des remboursements,
- des agences du médicament peu efficaces et dépendantes des lobbies pharmaceutiques,
- une influence prépondérante des lobbies pharmaceutiques dans la fixation des prix du médicament et dans la communication sur le médicament auprès des médecins et des patients (A ce propos, le SNJMG condamne la diffusion des recommandations de la Haute Autorité de Santé -HAS- par les réseaux de la visite médicale de l'industrie pharmaceutique et celle des informations de l'Institut National du Cancer -INCa- dans la presse médicale financée par l'industrie pharmaceutique)

Aussi, le SNJMG demande une révision des modalités de fixation des prix des produits remboursables par la sécurité sociale : cette révision doit allier transparence des procédures (avec notamment déclaration préalable de tout conflit d'intérêt pour les personnes impliquées et motivation des décisions prises) et pertinence en termes de santé publique (études comparatives obligatoires avec le produit de référence par exemple).

Une fois cette révision faite, le SNJMG est favorable à une prise en charge différenciée des produits en fonction du Service Médical Rendu et demande :

- la prise en charge à 100% des produits à SMR important,
- la définition de placebos purs au SMR reconnu.

**NB :** le SNJMG refuse tout taux de remboursement à 0% organisant le transfert du public au privé du remboursement de produits ne méritant aucun remboursement.

Par ailleurs, le SNJMG refuse l'accès au grand public pour toute publicité de médicaments (qu'ils soient remboursés ou non par la Sécurité Sociale) et pour toute campagne médiatique financée par l'industrie pharmaceutique.

De plus, le SNJMG demande le contrôle avant publication (et non a posteriori, comme actuellement), de toute publicité de médicaments à destination des professionnels de santé.

**Enfin, le SNJMG demande que**

- les dépenses promotionnelles des laboratoires pharmaceutiques soient plafonnées à 5 % du chiffre d'affaire sur le marché français,
- le FOPIM (Fonds de Promotion de l'Information Médicale) soit reconstitué et puisse enfin remplir la mission pour laquelle il a été créé.

## <Conseil de l'Ordre>

Le SNJMG demande une profession de foi obligatoire pour tous les candidats aux élections ordinaires.

**Le SNJMG demande également que :**

- la mission du conseil de l'Ordre en matière de FMC soit limitée à la constatation de l'évaluation volontaire des médecins
- la mission du conseil de l'Ordre en matière de permanence des soins se résume au seul recueil des tableaux de gardes des médecins participant volontairement à cette mission de service public
- la cotisation (si elle reste obligatoire) soit proportionnelle au revenu des médecins.