

La nouvelle convention spécifique des généralistes

Le 26 novembre dernier le syndicat MG-France et les caisses de sécurité sociale ont signé une nouvelle convention spécifiques aux médecins généralistes. Ce texte qui va régir les relations entre généralistes et Caisses de sécurité sociale pendant les quatre années à venir demande une étude attentive. Alors que nous venons de récupérer le texte, nous vous en faisons une présentation succincte, comparée à celui de l'année dernière.

Premier fait notable, le texte de 1998 débute par un long préambule avec rappel historique sur le système conventionnel, bilan actuel de notre système de soins et objectifs de cette nouvelle convention :

- Exigences de qualité, compétence et transparence portant "autant sur les moyens, les procédures diagnostiques ou thérapeutiques, que sur la manière dont ils sont mis en œuvre et sur les résultats".
- Coordination des soins et médecin d'équipe
- Exigences de Santé Publique
- Utilisation de la micro-informatique communicante
- Maîtrise des dépenses grâce à une modification des comportements des malades, des généralistes, et des organismes d'Assurance Maladie

Délivrance des soins aux assurés sociaux

Les seuls changements par rapport au chapitre correspondant de 1997 sont :

- la disparition du signalement NR (non remboursable) lorsque le praticien prescrit des spécialités pharmaceutiques en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement de l'assurance maladie
 - l'impossibilité désormais de facturer lors de la même séance un acte remboursable et un acte hors nomenclature
 - la disparition de la promotion du carnet de santé par le médecin
 - la suppression des paragraphes concernant les actes réalisés dans le secteur libéral d'un établissement public de santé et les expérimentations
 - l'annonce d'un avenant sur les conditions amenant le médecin à se déplacer en visite et les rémunérations qui s'y rattachent.
- NB : Aucun changement concernant la situation du remplaçant.

Télétransmission

Dans le texte de 1997, il n'existait qu'un seul article à ce sujet qui prévoyait l'élaboration rapide d'un avenant spécifique (l'avenant N°1). Le nouveau texte y consacre un chapitre entier (5 articles) qui précise :

- l'engagement du médecin à télétransmettre (sitôt que les conditions techniques sont réunies au niveau local)
- l'équipement informatique du médecin : liberté du choix du matériel mais obligation de disposer d'une carte de Professionnel de Santé et de respecter des conditions de télétransmission
- les modalités de fonctionnement normal

- le traitement des incidents
- l'engagement des parties signataires à conclure d'ici le 01.01.99 un avenant fixant la date d'entrée en vigueur de ce chapitre et une aide pérenne tenant compte du premier versement auquel les médecins ont eu accès en 97-98

Traitement des informations

Ce chapitre totalement inédit établit que :

pour les informations relatives aux dépenses de santé :

- la CNAMTS adresse aux syndicats représentatifs des généralistes les données relatives aux dépenses médicales remboursables et remboursées en honoraires et en prescriptions, détaillées par région et par régime
- les URCAM transmettent dans chaque région ces mêmes données aux sections des Unions professionnelles et aux caisses régionales (qui elles mêmes les communiquent aux CCPL* et CMPL*)
- les caisses fournissent à chaque généraliste conventionné un relevé trimestriel d'activité et de prescription (dès que possible par voie électronique)

pour l'évaluation des pratiques médicales

- sont mises à disposition des CCPL* et CMPL* les données agrégées et individuelles, rendues anonymes, issues du codage et les données anonymisées relatives aux admissions en ALD
- sont diffusées auprès des généralistes conventionnés les résultats de cette évaluation

Maîtrise médicalisée

Ce chapitre reprend les grandes lignes des articles correspondants de 1997 en y ajoutant quelques nouveautés :

- la perspective d'évolution des actuels outils de maîtrise
- l'utilisation de différents référentiels : fiches de transparence, contenu d'AMM, recommandations du haut comité médical de la sécurité sociale, de l'ANAES et de l'Agence du Médicament
- la possibilité d'actions thématiques portant sur des références médicales positives adoptées par les parties signataires
- l'information des généralistes de l'ensemble des RMO (celles spécifiques à la Médecine Générale étant identifiées de façon particulière)
- plusieurs modifications dans l'examen par le CMPL* des dossiers individuels relatifs aux RMO :
 - + le CMPL* ne procède plus à l'audition du médecin "dans les 30 jours suivant sa saisine initiale" mais "rend sa décision au plus tard dans le délai fixé réglementairement" (la date de saisine initiale du CMPL et l'information simultanée du professionnel constituant le point de départ de ce délai),
 - + il n'est plus précisé que "la décision est exécutoire dès réception" ni que "le praticien peut saisir le tribunal des Affaires de Sécurité Sociale de cette décision" mais que "cette décision peut faire l'objet d'un recours judiciaire"
- quelques différences dans les critères d'opposabilité des RMO :
 - + il n'y a plus 2 mais 3 indices de gravité médicale
 - + dans le calcul de la sanction en cas de sommation des anomalies constatées pour toutes les références, le coefficient d'incidence financière n'est plus le plus faible mais égal à 1

Option conventionnelle

Plusieurs éléments sont repris de la précédente version :

- Aucune restriction d'adhésion pour tout assuré ou tout ayant droit de plus de 16 ans



- Aucune obligation d'adhésion pour les généralistes
- Durée de l'option : 1 an (renouvelable ou transférable à un autre médecin)
- Rémunération forfaitaire, supplémentaire pour le généraliste, de 150 F (en 1999) par patient adhérent et par an
- Permanence et continuité des soins
- Utilisation du carnet de santé
- Tarifs secteur 1 et dispense d'avance de frais pour l'assuré adhérent et ses ayant droit de moins de 16 ans

Mais, il y a aussi de nombreuses nouveautés :

- **Avantages pour le patient :** extension de la tarification secteur 1 et de la dispense d'avance de frais aux actes des spécialistes qui se déclarent "correspondant" d'un médecin référent
- **Avantages pour le généraliste :** organisation du partage de la référence dans le cadre d'un groupe de médecins référents ; et majoration de la somme forfaitaire
- **Conditions d'entrée dans l'option pour le généraliste :**
 - Pas de condamnation ordinaire ou professionnelle devenue effective et comportant interdiction d'exercer la médecine ou de donner des soins aux assurés sociaux, déconventionnement ou suspension de conventionnement dans les 5 ans précédant l'adhésion.
 - Taux minimum de 75 % de l'activité en C ou V ; activité comprise entre 1500 et 7500 actes (C ou V)

par an. (exceptions : installés de moins de 2 ans et réduction d'activité $\geq 10\%$)

- **Engagements du généraliste :**
 - Informatisation (délai maximum : 1 an après adhésion à l'option)
 - Tenue (sur support informatique dès que possible) d'un dossier médical de synthèse pour chaque patient adhérent, alimenté par les informations du patient et par les comptes-rendus d'intervention de tout autre médecin consulté
 - Prescription d'équivalents thérapeutiques à concurrence d'au moins 15 % de la valeur de la prescription médicamenteuse totale (dont 5 % au titre des médicaments génériques)
 - Participation à l'évolution des recommandations de bonne pratique
 - Elaboration de plans de soins (notamment pour les ALD)
 - Participation annuelle à une action de formation professionnelle recommandée
- **Engagements du patient :**
 - Acceptation de "la transparence et de la complétude des données médicales le concernant"
 - Recours exclusif au médecin référent pour toute demande de soins de première intention (sauf urgence, changement momentanée de résidence, ou autre situation exceptionnelle)
 - Prise en compte des recommandations de son référent en matière de prévention et de dépistage
- **Engagements de l'Assurance Maladie :**

- Facilitation d'une dispense d'avance de frais totale par le biais d'accords conclus avec les régimes complémentaires
- Simplification de la gestion des feuilles de soins papier (dans l'attente de la télétransmission)
- Mise en place d'un système « 1 référent, 1 correspondant administratif personnel, 1 médecin-conseil correspondant »
- Campagnes de communication
- **Plate forme de services locales :**
 - Accueil téléphonique de conseil et d'orientation médicale pour les assurés adhérents
 - Aide technique, administrative et médicale aux médecins référents

Formation Professionnelle Conventionnelle (FPC)

Ce chapitre organise une FMC (formation professionnelle continue) conventionnelle distincte de la FMC mise en place par les Ordonnances d'Avril 96. Sont ainsi institués :

Comités Paritaires National et Régionaux de FPC

Ils définissent chaque année les thèmes de formation pour l'année suivante.

Ils agréent les actions qui seront financées ainsi que les organismes de formation.

Chaque année, le CPN-FPC affecte, pour l'année à venir, le montant de la contribution aux actions de FPC au niveau national ET régional

Conseils Scientifiques National et Régionaux de FPC

Ils émettent un avis sur les thèmes de formation définis par CPN et CPR-FPC et sur l'agrément des organismes de formation. Ils procèdent à la validation scientifique et pédagogique des projets de formation et de leur évaluation.

Organisme Gestionnaire Conventionnel

C'est l'organisme qui gère le financement de la FPC ; il bénéficie d'une contribution annuelle, arrêtée par les parties signataires et versée par les caisses

Il verse l'indemnité de formation au médecin après que celui-ci lui ait adressé un justificatif de sa formation.

Il lance aussi les appels d'offre

auprès des organismes de formation agréés et enregistre les projets proposés. Enfin, il réalise avec les CSN et CSR-FPC l'évaluation de la qualité et du coût des actions de FPC.

Doté de la personnalité morale, il est administré par un conseil de gestion où sont représentés à parité les parties signataires.

Gestion de l'objectif des dépenses médicale

Ce chapitre reprend toute la première partie du texte correspondant de 1997 (c'est à dire avant les modalités d'application des reversements) puis établit que :

- les parties signataires vont suivre l'activité des libéraux dans les établissements médico-sociaux ou dans les services d'accueil et d'urgence des hôpitaux publics pour en tenir compte dans la fixation annuelle de l'objectif de dépenses (qui s'inscrit dans un contexte médical et social donné)
- les caisses tiennent compte de la montée en charge de la coordination des soins et de la mise en place de la "couverture maladie universelle"
- l'annexe annuelle à la convention peut déterminer les écarts entre objectifs des dépenses et montant des dépenses constaté à partir duquel s'appliquent effectivement les dispositions relatives au respect ou au dépassement de l'objectif
- afin d'éviter les procédures de la clause de sauvegarde, les parties signataires peuvent décider en cours d'année, de mettre en œuvre les mesures d'adaptation ou de régulation qu'elles jugent nécessaires le cas échéant, par avenant à l'annexe annuelle.
- si l'objectif est tenu, la différence est versée à un fond de régulation
- si l'objectif n'est pas tenu, l'ensemble des médecins est redevable d'une contribution conventionnelle calculée selon la réglementation en vigueur (notamment en ce qui concerne les médecins récemment installés) et dont le montant global est fixé par les parties signataires dans l'annexe annuelle
- un groupe de travail constitué par les parties signataires va réfléchir à la fongibilité des enveloppes (soins de ville et secteur hospitalier) ©©

CONVENTION

Instances conventionnelles

Ce chapitre précise la composition, l'installation et le fonctionnement de :

- Commission(s) Conventionnelle(s) Paritaire(s) Nationale et Locales
- Comité(s) Médical(aux) Paritaire(s) National et Local
- Comités Paritaires Régionaux de Formation Professionnelle Conventionnelle

Non respect des dispositions conventionnelles

Ce chapitre est inchangé par rapport à la convention de 1997.

Durée de la convention et conditions d'adhésion

La convention est conclue pour une durée de 4 ans à compter de la publication de l'arrêté d'approbation et renouvelable par tacite reconduction par période de même durée (sous réserve d'approbation ministérielle).

Elle est applicable à tout médecin qui déclare y adhérer dans un délai de 2 mois à compter de la publication de l'arrêté d'approbation ou à compter de la date à laquelle le médecin informe la caisse de son installation.

Les conditions de résiliation de la convention sont inchangées par rapport à la convention de 1997.

Pierre Martin

* Voir paragraphe "Instances conventionnelles".

NB : Pour en savoir plus. Si vous désirez disposer du texte intégral de la Convention, vous pouvez nous contacter au 01 41 90 98 18

APPEL À TÉMOIGNAGE

Nous préparons un dossier sur les études médicales en Europe. Si vous connaissez des étudiants en médecine d'Angleterre, de Grèce de Suède ou d'ailleurs... qui auraient envie de nous raconter comment ça se passe chez eux, n'hésitez pas à nous contacter !

Conventionnement différé ? sélectif ?

Depuis l'annonce par A.Juppé de son projet de réforme de la Sécurité Sociale, un débat se développe sur le conventionnement des médecins. En 96, un conventionnement différé était proposé ; en 98, les prises de positions se multiplient au sujet du conventionnement sélectif. Mais quels enjeux recouvre ce débat ?

Jusqu'en 1996, le conventionnement des médecins était collectif automatique. En clair, tout médecin qui s'installait était conventionné par la Sécurité Sociale ; s'il ne le voulait pas, il devait en faire la demande. Avec la liberté d'installation reconnue par la loi, ce conventionnement protégeait les jeunes médecins de tout numerus clausus à l'installation.

Conventionnement différé

Janvier 96, A. Juppé met en place des ateliers de travail chargés de discuter les documents d'orientation préparatoires aux Ordonnances. Dans le document concernant la médecine de ville, il est proposé de différer de quelques années le conventionnement de médecins s'installant dans des régions médicalement surpeuplées.

Comme l'ISNIH (syndicat des internes de spécialités), le SNJMG intervient au nom des résidents, dans les ateliers, pour s'opposer à une mesure qui s'assimile à un numerus clausus à l'installation. Finalement, cette proposition n'est pas reprise dans les Ordonnances d'Avril 96. Ceci étant dit, les textes

conventionnels signés en Mars 97 abandonnent le conventionnement collectif automatique pour une procédure individuelle automatique. En clair, tout médecin doit demander son conventionnement pour se le voir accordé automatiquement par la Sécurité Sociale ; s'il ne fait pas cette demande, il n'est pas conventionné.

Conventionnement sélectif

Les majorités parlementaires changent mais les préoccupations économiques des pouvoirs publics demeurent : comment agir sur l'offre de soins pour maîtriser les dépenses de santé ?

Été 98, Marc Blondel (FO) pense connaître La Bonne réponse : la Sécurité Sociale doit disposer d'un "pouvoir essentiel : choisir les professionnels conventionnés. Est-il normal, poursuit-il, que chaque professionnel de santé puisse choisir s'il est conventionné ou non, comme c'est le cas aujourd'hui ?". Selon le responsable de FO, la maîtrise des dépenses de santé doit "prendre en compte la régulation de l'offre des soins" ; d'où cette notion de "sélection" des médecins, qui doit être faite "par voie contractuelle" sur des

critères et des modalités définis dans la convention médicale. Gilles Johanet, qui vient de retrouver le poste de directeur de la CNAMTS (poste qu'il avait occupé entre 1990 et 1993) reprend la même thèse dans son discours programme devant le conseil d'Administration de la CNAMTS et fixe comme objectif à 4 ans la mise en place d'un conventionnement sélectif.

Épilogue ?

Que signifie un conventionnement sélectif dans un système de monopole (public) de la couverture Maladie ne disposant d'aucun moyen d'évaluer la pratique de chaque médecin ? Va-t-on brutalement déconventionner des médecins et sur quels motifs ?

Il est clair qu'un conventionnement sélectif ne peut se concevoir que dans deux situations précises (qui ne s'excluent pas) : régulation du nombre et des lieux d'installation, mise en concurrence des organismes assurant une couverture Maladie (organismes sélectionnant patients et médecins). Deux situations, vous l'aurez compris, inacceptables pour le SNJMG.

Pierre Martin

Représentativité syndicale

Voici les chiffres issus des 2 enquêtes de représentativité des syndicats de médecins libéraux (Janvier 97 pour les généralistes et Août 98 pour les spécialistes) :

MG-France : 4617 adhérents

UNOF (collège des généralistes de la CSMF) : 4251 adhérents

UMESPE (collège des spécialistes de la CSMF) : 6221 adhérents

FMF : 3883 adhérents

SML : 3383 adhérents

UCCSF : 3369 adhérents

L'avis des syndicats

Pour élargir le débat, nous avons proposé aux 2 syndicats représentatifs des médecins généralistes de nous commenter cette nouvelle convention :

- MG France, signataire de la convention avec les caisses et
- l'UNOF-CSMF qui s'est opposé à ce projet en quittant la table des négociations le 21 octobre dernier

UNOF-CSMF

Marché de dupes

Un système de soins dérégulé, où le médecin de famille a perdu son rôle de premier recours, a fait naître chez certains généralistes une revendication identitaire exacerbée.

Deux objectifs complémentaires dans cette revendication : contraindre le patient à s'abonner à un généraliste pour une période donnée et en faire le passage obligé pour accéder au spécialiste. Ainsi est né le concept de Contrat de Santé, puis celui de Référént.

De quoi s'agit-il ? D'un contrat avec la Caisse qui ne crée que de nouvelles obligations pour le généraliste:

- accepter le tiers payant généralisé (qui rendra plus aisé le principe des lettres clef flottantes),
- **s'informatiser** dans un délai d'un an et tenir un dossier informatisé (lequel ?),

- **plafonner** son activité (seuil minimal et maximal d'activité en C et V calculé en fonction des heures d'ouverture du cabinet),

- **participer** à des actions de Formation Professionnelle Conventiionnelle jugées prioritaires pour la pratique de médecin référént (réalisées par qui et comment ?),

- **se soumettre** à un bilan de compétence tous les 4 ans (avec affichage des résultats dans la salle d'attente),

- **se soumettre** à une évaluation de connaissances et de bonne pratique (sortie de l'option en cas d'échec),

- **remplir** obligatoirement le carnet de santé,

- **être le relais** de campagnes de Santé Publique promues par les partenaires conventionnels (en plus de celles promues par le Ministère ou la Conférence Régionale de Santé, etc...),

- **adhérer** à une association de médecins référénts (sous l'égide de qui ?),

- **assurer** la continuité des soins aux assurés abonnés (bonjour l'ambiance dans les cantons !),

- **prescrire** au moins 15% de génériques (contrôlés comment ?).

Les Caisses mettent habilement en avant la "qualité des soins". En fait elles tournent le dos au financement aveugle des soins et entrent dans la "gestion du risque". On voit mal, en tout cas, comment les Caisses pourraient juger de la qualité des soins.

Naïveté du "partenaire" médical ou duplicité?

Ces " référénts d'un nouveau type " seront en fait des médecins de Caisse totalement inféodés, à côté des vrais médecins généralistes libéraux.

Et les jeunes médecins dans tout cela ? Comment se constituer une

clientèle si les patients sont déjà liés par un contrat avec un médecin référént? Comment proposer un abonnement à un client nouveau sans qu'il redoute d'être enfermé dans une obligation trop longue ? Comment faire la preuve de bonnes pratiques et un bilan de compétence lorsqu'on sort de la fac ?...

Si les jeunes médecins ont été oubliés, c'est parce que des quinquagénaires égoïstes ruminent leurs ressentiments à l'égard des spécialistes et à l'égard des patients toujours soupçonnés d'infidélité. Il y a dans tout cela une recherche malsaine de clientèle captive, un besoin maladif d'identité qui pousse à l'uniformité et au rejet des différences. La médecine générale mérite mieux que cet avatar du poujadisme.

Dr Régis GIET (Vice Président de l'U.N.-G.F.)

MG FRANCE

Après avoir contacté à de multiples reprises les dirigeants de MG-France, à l'heure où nous bouclons la rédaction de ce numéro (le 18/12/98), nous n'avons toujours pas reçu de réponse de leur part. Par soucis d'équité, nous avons tenu à publier tout de même l'article de l'UNOF-CSMF, et nous laissons libre l'espace que nous destinions à l'article de MG-France.

SÉCURITÉ SOCIALE ET CONVENTION MÉDICALE

Notre analyse de la nouvelle convention

Dans le précédent numéro de Jeune-MG, nous vous présentions la nouvelle convention des généralistes comparée à sa devancière. Voici une première analyse de ce texte produite par le Bureau National du SNJMG.

Le principal intérêt de cette convention réside dans l'option médecin référent. Cette option constitue une évolution intéressante de notre système de soins car :

- elle facilite l'accès aux soins des patients par l'obligation de tarification en secteur 1 et la possibilité de dispense d'avance de frais
- elle confirme la permanence et la continuité des soins
- elle conforte le généraliste dans son rôle de suivi et de synthèse du dossier médical du patient
- elle diversifie les modes de rémunération du généraliste (permettant de limiter le caractère inflationniste du paiement à l'acte et de rétribuer le généraliste dans ses activités non prescriptrices)
- elle offre la possibilité d'une FMC propre à cette option, rémunérée

De plus, la version 98 de l'option propose de nombreux progrès par rapport à la version 97 :

- elle étend la tarification secteur 1 et la dispense d'avance de frais aux actes des spécialistes qui se déclarent «correspondant» d'un médecin référent
- elle prévoit une dispense d'avance de frais TOTALE par le biais d'accords conclus entre Caisses et régimes complémentaires
- elle définit un système "1 référent, 1 correspondant administratif personnel, 1 médecin conseil correspondant" pour faciliter le fonctionnement de l'option
- elle annonce la mise en place de

plate forme de services locales au bénéfice des patients et des référents

- elle organise le partage de la référence pour les médecins exerçant en groupe
- elle annonce une majoration de la rémunération forfaitaire

Les revers de l'option

En dehors des nombreux avantages que nous venons de passer en revue, l'option présente dans sa version 98 des éléments critiquables si ce n'est condamnables.

En premier lieu, nous y voyons une organisation trop technocratique et une philosophie suspecte de normalisation :

- il est imposé un dossier médical de synthèse (sur support informatique dans un délai maximal de 1 an) qui vient se rajouter au carnet de santé, à remplir obligatoirement par le référent (quelle bureaucratie!)
- ce dossier est bien entendu alimenté par le médecin référent et les médecins consultés mais aussi par le patient qui "accepte la transparence et la complétude des données médicales le concernant" (attention à "l'inquisition" médicale !)
- ce dossier peut être consulté par la tutelle (attention à Big Brother!) le patient peut être exclu de l'option par simple décision du référent (attention à l'arbitraire!)
- des conditions d'entrée dans l'option sont demandées au généraliste (risque de double peine et d'exclusion des jeunes installés (1) et des médecins à activité partielle)

Ceci étant dit, cette version de l'option peut donner des idées à des médecins plus intéressés par le côté marchand de leur profession que par la santé de leurs patients :

- risque de compérage entre référent et "correspondant"
- risque de double clientèle pour les

référents secteur 2 (l'option pour les "pauvres" et les dépassements d'honoraires pour les "riches")

De plus, cette version témoigne toujours d'une politique à courte vue en faisant reposer sur les seuls référents, par le biais de quota de prescription de génériques, les économies en matière de médicament.

Enfin, cette version de l'option, comme la précédente, n'évoque toujours pas :

- l'intervention du remplaçant ou du stagiaire
- la possibilité pour un patient de changer de référent au profit d'un jeune installé
- des mesures incitant le généraliste à investir dans son outil de travail

Mi-figue mi-raisin

A l'exemple de l'option, le reste du texte conventionnel comporte des éléments positifs et des éléments négatifs.

Ainsi, nous apprécions que :

- Les parties signataires s'engagent à conclure un avenant fixant une aide pérenne à la télétransmission
- La convention organise un retour d'information (données relatives aux dépenses de santé, évaluation d'es pratiques) pour les médecins
- La convention annonce un avenant concernant les visites (condi-

tions et rémunération)

- Les généralistes soient informés de l'ensemble des RMO

Mais nous déplorons que :

- Le préambule de la convention évoque sans aucune précision que l'exigence de compétence et de transparence doit s'appliquer aux "résultats" (les médecins sont-ils soumis à une obligation de résultats ?)
- La convention reprend le principe de l'opposabilité des références médicales (alors que jusqu'à présent, aucune étude n'a prouvé le bien-fondé de ce principe) et multiplie le nombre de référentiels
- La convention entérine le "non statut" des remplaçants (auquel le SNJMG veut remédier), l'organisation de la télétransmission (que le SNJMG combat) des données issues du codage des actes, pathologies et prescriptions ; et la recherche de l'équilibre financier de la Sécurité Sociale par la seule maîtrise des dépenses de santé (alors que le SNJMG pose aussi la question du financement).

Faut-il adhérer à la convention ?

En pratique, le Bureau National du SNJMG constate qu'il n'existe guère d'alternative au conventionnement pour les jeunes installés. Toutefois, nous proposons à tous les jeunes généralistes de nous rejoindre pour lutter efficacement (plus nous serons nombreux, plus nous aurons de résultats) contre tous les éléments négatifs de cette convention.

Pierre Martin

1- La convention exempte les installés depuis moins de 2 ans du minimum d'acte exigible

Avis aux installés de plus de 5 ans !

Les statuts du SNJMG ne vous permettent pas de devenir membre actif du syndicat. Toutefois, si vous désirez nous soutenir le SNJMG et/ou bénéficier des tarifs promotionnels réservés aux adhérents, vous pouvez devenir "membre associé" du SNJMG en nous retournant un bulletin d'adhésion (voir page 11) et le règlement d'une cotisation réduite (200 F + 50 F pour Jeune-MG)