

JEUNE MG

Le Bulletin des Jeunes Médecins Généralistes

Snjmg

N°25
Novembre 2019



ECN : Le choix de la Médecine Générale



INTERNES

L'ANNÉE S'ANNONCE BIEN!



* Voir conditions en agence.

lamedicale.fr



YouTube

La Médicale de France, entreprise régie par le Code des assurances. Société anonyme d'assurances au capital de 2 783 532 € entièrement libéré. 582 068 698 RCS PARIS. Siège social : 50-56, rue de la Procession 75015 PARIS. Adresse de correspondance : 3, rue Saint Vincent de Paul 75499 PARIS Cedex 10.

Les garanties Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie sont assurées par Predica, S.A. au capital de 1 029 934 935 €, entreprise régie par le Code des assurances, siège social 50-56 rue de la Procession, 75015 Paris - 334 028 123 RCS Paris. Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par Mondial Assistance et assurées par Fragonard Assurances, S.A. au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Paris, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est 2 rue Fragonard, 75017 Paris. Les dispositions complètes du contrat figurent dans la notice d'information.

Document à caractère publicitaire, simplifié et non contractuel achevé de rédiger en juin 2018. 109 L'AGENCE - Illustration GABS - AFGA4882

SOMMAIRE

EDITORIAL

P. 05

DOSSIER ECN 2019

P. 06/14

Le SNJMG et les ECN 2019

Témoignages de MG pour futurs IMG

L'activité SOS

Exercer en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)

Médecin Généraliste et activité SOS

MSU pour stage ambulatoire santé de l'enfant/ santé de la femme sur Toulouse

Devenir enseignant de médecine générale

MG, Conseiller Médical Filiaris et MSU

Choix d'internat en médecine :

Un nouvel exemple de désinvolture à l'égard des étudiants !

Bilan des choix d'internat de médecine 2019 :

Les spécialités et les villes préférées des nouveaux internes (et celles qu'ils/elles boudent)

ACTUALITÉS

P. 15/23

INTERNAT

Temps de travail des internes : la mauvaise volonté permanente des gouvernements (au mépris des étudiants et des patients)

Rentrée des étudiants et internes en Médecine : Non à la violence, au sexisme et aux humiliations !

REPLACEMENTS

Menaces sur la licence de remplacement par le SNJMG

Mise en garde sur les reversements d'honoraires en cas de remplacement en Maison Médicales de Garde par le SNJMG

Remplacements en maison médicale de garde : Attention aux entourloupes !

INSTALLATION

Aide à l'installation de médecins : le bilan globalement négatif des contrats de praticiens territoriaux

Les avantages de s'installer dans un #désert médical, la fin des idées préconçues...

EXERCICE PROFESSIONNEL

P. 24/45

Patients transgenres en médecine générale

Gynepsy et le Grenelle de la lutte contre la violence conjugale

Les femmes face au cancer du sein, entre médecine et psychanalyse

Vaccins contre la grippe : la polémique de 2018 rebondit en 2019

La contraception masculine

ANNONCES DE RECRUTEMENT

P. 47/55

JEUNEIMG | N°25 | Novembre 2019

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné(e) souhaite bénéficier de la protection syndicale, des avantages et des services fournis par le SNJMG.

Nom Prénom Date de naissance / /

Adresse Code postal Ville

Téléphone Email@.....

SITUATION UNIVERSITAIRE ET/OU PROFESSIONNELLE

Faculté de rattachement

Interne en Médecine Générale : Semestre : 1 2 3 4 5 6 disponibilité année de thèse privé de thèse

Remplaçant(e) : non thésé(e) thésé(e)

Collaborateur(trice) : Date de début / / Ville Code postal

Libéral(e) : Date d'installation / / Ville Code postal

Salarié(e) : FFI Assistant Vacataire Praticien hospitalier Autre

Depuis le / / Hôpital..... Ville Code postal

FORMULES DE COTISATION

« **A** » **24 €/an** (ou 2 € /mois) pour les internes

Ces formules « A » comprennent une RCP offerte par notre partenaire La Médicale, réservée aux internes en poste hospitalier ou ambulatoire. Attention! Dès changement de situation universitaire / professionnelle ou en fin d'adhésion, vous devrez contacter La Médicale pour adapter votre contrat de RCP.

« **B** » **45 €/an** (ou 3,75 € /mois) pour les non thésé(e) dès lors qu'ils ont validé tous leurs semestres d'internat, ainsi qu'aux conjoints d'adhérents au tarif plein

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

Pour régler ma cotisation (A, B ou C) je choisis le paiement en une fois ou par prélèvements mensuels

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

Fait à le / / Signature (et éventuel cachet)

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

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

Référence unique du mandat

Débiteur

Votre Nom
Votre adresse
Code postal Ville
Pays

Identifiant créancier SEPA : **FR90ZZZ420728**

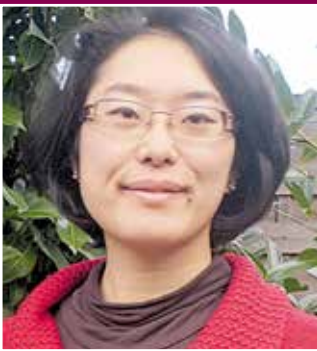
Créancier :

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

IBAN / / / / / / / / / / / / / (à remplir obligatoirement)

BIC / / Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

Fait à : Le : / / Signature :



Nouveau départ d'une nouvelle promotion de médecine !

Bonjour à tou(te)s,

Après l'été, vient la bonne nouvelle du début pour une nouvelle promotion d'entrée dans les études de médecine générale, un très beau métier !! Malgré tout, les études ne sont pas forcément si simples que cela, elles restent exigeantes et les conditions sont encore à améliorer.

Les conditions actuelles de la médecine fait poindre des problèmes importants pour la sécurité des patients à travers manque de moyen, manque de personnelle, destruction d'esprit d'équipe. Pourtant l'engagement des professionnelles de santé a fait tenir jusqu'à ce point de non-retour le système actuellement en grande tension. L'exemple de l'hôpital à Mulhouse en est un bel exemple. Le grondement de collectif inter hôpitaux né de la mobilisation de paramédicaux urgentistes.

Vous avez tout à fait le droit de ne pas être au top et de l'exprimer. Ainsi l'on apprend à se connaître et connaître nos propres limites pour mieux soigner. Chacun(e) est bien différent(e) et il faut le respecter !

Ce nouveau semestre a été marqué notamment en Île-de-France par l'annulation des choix des internes de médecine, décidée pour rectifier une erreur et pour combler un manque de sénior dans les hôpitaux en tension qui ne pourraient pas tourner sans internes... Le syndicat National des Jeunes Médecin généraliste (SNJMG) s'est mobilisé pour que les droits des internes soient au mieux respectés.

Étudiant(e)s, internes, remplaçant(e)s, jeunes médecins, nous imaginons ensemble la Santé de demain. Construisons ensemble cet avenir, venez prendre votre place parmi les membres actifs avec le temps que vous pouvez y consacrer !

Encore Bravo pour l'implication que vous avez dans votre quotidien !!!

A travers ce mandat depuis novembre 2017, j'ai énormément appris et je remercie toute l'équipe du bureau et de tou(te)s les chargés de mission avec lesquels ça été un plaisir d'échanger.

Au plaisir de se retrouver à la prochaine AG du 23 novembre 2019 où je rendrai mon mandat de présidente.

Dr Sayaka OGUCHI

Organigramme du
SNJMG

Présidente : Sayaka OGUCHI

Vice-Président : Benoit BLAES

Secrétaire Générale / Chargée de missions « Internes » : Francesca STELLA

Trésorière : Aysun EKEN OLCAY

Chargé de mission « Internet et Outils numériques » : David AZERAD

Chargé de mission « Réseaux sociaux » : Pierre MARTIN (membre associé)

Chargée de missions « Thèses » : Aurélie TOMEZZOLI

Chargé de mission "Enseignant-e-s MG (CCU et MSU)" : Véronique ORCEL

Chargé de mission « Privés de Thèse » : Arnaud DELOIRE

Chargée de mission « remplaçant-e-s » : Lucile BLANCHARD et Thomas LE BERRE

Chargé de mission « santé mentale » : Florian PORTA BONETE (membre associé)

Chargé de mission "indépendance médicale" : Samuel LADIAS et Julien ARON (membres associés)

Chargé de missions « Partenariats » : Procope PANAGOULIAS

Secrétaire Administrative et Commerciale : Frédérique JACQUART

N°ISSN : 1243-3403

N° de commission paritaire : 74148

Régie publicitaire :

Reseauprosante.fr

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

Tél : 01 53 09 90 05 | contact@reseauprosante.fr | reseauprosante.fr

Imprimé à 2100 exemplaires. Maquette et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire.

Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

Le SNJMG et les ECN 2019

Comme chaque année, le SNJMG a organisé tout un accompagnement des externes à l'occasion et, surtout, après les ECN.

Outre un billet d'info sur les épreuves et les fils Twitter suivant le parcours des étudiants, le SNJMG a procédé à une présentation de la Médecine Générale avec la publication sur notre site le lundi 24 juin 2019 d'un mini dossier sur la discipline.

L'après-midi du 26 juin 2019, à l'occasion de la publication du classement des ECN, le SNJMG a participé à un live chat organisé par Medshake.

A compter du 28 juin 2019, le SNJMG a ouvert des échanges en ligne où il a diffusé des témoignages de Médecins généralistes que nous reproduisons ci-après dans ce dossier.

Le 26 septembre 2019, le SNJMG a organisé sa traditionnelle réunion d'accueil des nouveaux IMG à Paris dans les locaux de la revue Prescrire, notre partenaire institutionnel, en présence du Dr Toussaint, rédacteur en chef de la revue Prescrire, du Pr Philippe Zerr de la coordination du DES de Médecine Générale et de Mme Delphine Lebigre du bureau des internes à l'AP-HP.

Témoignages de MG pour futurs IMG

L'activité SOS



Tu es médecin spécialiste en médecine générale et tu as envie d'adrénaline et un côté aventurier ? Tu as envie d'une activité libérale garantissant des revenus intéressants, du temps libre à consacrer à ta vie privée et familiale, et dégagée de la grande partie de la paperasse des cabinets classiques ?

Ou tout simplement de découvrir une idée différente de la médecine générale que le CNGE veut enseigner durant l'internat ?

L'activité SOS est faite pour toi !

Historiquement créée alors que les SMUR n'existaient pas encore, l'historique SOS Médecins France et ses « petites sœurs » garantissent un accès aux soins primaires non programmés chaque jour à un nombre croissant de patients. Avec un maillage géographique concernant principalement les agglomérations, mais aussi les campagnes plus ou moins proches des centres, son activité est reconnue et appréciée.

Travailler en SOS, c'est redécouvrir les visites à domicile, et ainsi connaître au plus près la réalité quotidienne des patients, et ouvrir son esprit à des populations parfois différentes. C'est aussi pouvoir faire des consultations, de plus en plus développées et avec un succès incontesté.

Travailler en SOS, c'est aussi assurer la permanence des soins, de jour comme de nuit, et offrir une offre de soin permettant à certaines situations

aiguës d'être gérées sans passer par l'attente dans les SAS des Urgences. C'est accompagner les patients à tous les âges de la vie, du plus petit nourrisson au senior, dans les situations légères comme, hélas, les plus terribles.

Travailler en SOS, c'est travailler en relation avec les médecins traitants et les professionnels libéraux, le SAMU, la Police et la Gendarmerie Nationales, les Maisons d'Arrêt, les CH et les CHS, les Services sociaux, les Centres d'accueil de demandeurs d'asile... une grande variété d'interlocuteurs pour autant de travail enrichissant au service du Public.

Travailler en SOS, c'est aussi pouvoir faire de la recherche et des études, et dans certaines régions, contribuer à la formation des étudiants en médecine.

Travailler en SOS c'est travailler au sein d'une équipe de praticiens qui partagent la même philosophie et la même idée du service.

Travailler en SOS c'est enfin pouvoir organiser son temps pour pouvoir mener de pair une activité professionnelle passionnante et une vie personnelle épanouie. C'est pouvoir prendre des congés. C'est avoir l'assurance que le paiement sera à l'activité et non soumis aux aléas de la ROSP et aux turpitudes conventionnelles.

Travailler en SOS est une formidable raison d'être heureux. Rejoins-nous !

Dr Martin AMBROISE

SOS 21 Agglomération de Dijon

Devenir enseignant de médecine générale

Une évolution possible dans la carrière d'un médecin généraliste : devenir enseignant de médecine générale

Être maître de conférence ou professeur de médecine générale, c'est multiplier les centres d'intérêt professionnel :

- C'est d'abord pratiquer la médecine générale à temps partiel et accueillir dans son cabinet des externes ou des internes en stage ambulatoire. C'est la possibilité pour l'enseignant de transmettre son goût pour le métier de généraliste tout en assurant sur le terrain la formation pratique de jeunes collègues.
- À la faculté, les MCU ou les professeurs de MG contribuent, en équipe, à organiser la formation théorique et tous les dispositifs (groupes d'échange, tutorat...) utiles à l'appropriation des concepts de médecine générale par les internes. L'enseignant participe à l'évaluation des travaux des internes et de leur progression vers la certification. Cette activité pédagogique au contact des futurs professionnels stimule la réflexion permanente de l'enseignant sur les exigences de la profession et sur son évolution. Elle concourt à assurer la solidité de ce qui a fait de la médecine générale une discipline universitaire : un enseignement appuyé à

la fois sur les sciences fondamentales, sur les sciences humaines, et sur la pratique. Cette fonction pédagogique conduit ainsi à être en contact avec les enseignants d'autres disciplines médicales ou de sciences humaines et aussi à s'investir au sein de la faculté notamment pour promouvoir l'enseignement de la médecine générale dans le second cycle.

- C'est aussi contribuer en tant qu'universitaire à la recherche en médecine générale selon plusieurs modalités. Il peut s'agir de mettre sur pied ou participer à des programmes de recherche mettant en œuvre des méthodes adaptées aux soins de premier recours. Ces tâches intellectuellement exaltantes contribuent à la fabrication des connaissances en soins de premier recours et à l'évaluation de la pertinence des concepts fondamentaux de la discipline.

Il peut aussi s'agir, comme dans tous les 3^{ème} cycles universitaires, d'initier les internes en thèse aux méthodes de recherche, quantitative ou qualitative ou bibliographique, dans notre discipline.

Pour assurer ces fonctions au sein des Départements de médecine générale, le Collège National des Généralistes Enseignants assure les formations nécessaires aux enseignants associés nommés sur titres et travaux, par le Conseil National des Universités, ou aux enseignants titulaires admis par la voie des concours académiques.

A condition d'avoir une forte idée de sa profession et de sa discipline universitaire, le métier de maître de conférence ou de professeur de médecine générale permet de satisfaire tout à la fois une appétence pour la réflexion sur la pratique, un goût pour la transmission et un souci de qualité de la formation des futurs professionnels, tout en contribuant à assurer l'avenir de la médecine générale.

Jean Paul CANEVET

MSU pour stage ambulatoire santé de l'enfant / santé de la femme sur Toulouse

Installée en cabinet de groupe de médecine générale avec 3 collègues, j'ai assez vite après mon installation souhaité participer à la formation des internes de MG. Ayant convaincu mes collègues de tenter l'aventure, nous avons "postulé" auprès du responsable local. Au vu de notre SNIR, on nous a d'emblée annoncé que nous serions MSU sur le stage appelé alors "Gynéco/Pédia" rebaptisé plus justement depuis "Santé de la Femme, Santé de l'enfant".

Nous avons d'abord paniqué car nous n'avions pas l'impression d'être les plus qualifiées pour former les jeunes médecins spécifiquement dans ces 2 domaines. Nous avons formé 2 binômes dans le cabinet et nous avons passé le DU de Maître de stage deux par deux (1 de chaque binôme à 1 an d'intervalle) tout en commençant à accueillir les internes sur une maquette très intéressante pour eux : 2 demi-journées avec chaque MSU 2 demi-journées en PMI 2 demi-journées en CDPEF 1 demi-journée de formation personnelle (cours / travail sur les traces d'apprentissage / préparation de la thèse ou du DES).

Les places en PMI et au CDPEF étaient distribués à l'issue du choix de stage. Charge aux maîtres de stage de s'accorder sur les calendriers les uns des autres. A cette maquette pouvait s'ajouter des demi-journées ponctuelles auprès de confrères et consœurs exerçant à proximité de notre cabinet médical et avec lesquelles nous signons une convention leur permettant d'accueillir l'interne (podologue, radiologue, kiné,

orthophoniste, pneumo-pédiatre, médecin scolaire).

Depuis quelques années le DUMG de Toulouse a la volonté de faire passer tous les internes de MG en ambulatoire pour le stage SF/SE, il y a donc un peu d'embouteillage sur les structures type PMI et CDPEF. Ce qui peut être dommageable à la formation en fonction de l'activité clinique du MSU (souvent un peu plus versé vers soit la pédiatrie soit la gynéco). La médecine scolaire a également disparu de la maquette. Les délais pour établir des conventions avec le conseil départemental entraînent un retard au démarrage préjudiciable sur le stage d'été. Et nous avons dû passer de 2 à 3 puis 4 internes sur le cabinet devant les besoins croissants en MSU.

Pour notre part être MSU en SF/SE a orienté nos choix de FMC et nous sommes devenues de facto de plus en plus calées en gynéco et pédiatrie ce qui s'avère une vraie richesse avec la disparition des gynécologues, médicaux et des pédiatres. Nous avons équipé le cabinet des mallettes de dépistage des troubles sensoriels,

des troubles du langage, nous nous formons au dépistage de l'autisme. Nous faisons de l'IVG médicamenteuse, de la pose d'implant, de DIU. Nous profitons de ce que nos internes

apprennent chez nos confrères de la maquette et leur permettons de suivre de façon satisfaisante les enfants et les femmes.

Dr Anne SAINT MARTIN

Exercer en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)

Il existe de nombreuses formes d'exercice de la médecine générale. Pouvoir découvrir chacune est important, afin de trouver ce qui nous convient le mieux. Quelques mots ici pour tenter de présenter à quoi correspondent les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), partant de mon regard de jeune médecin et de mes impressions ; je vous incite à compléter ensuite cette description par la rencontre de praticiens de plusieurs MSP, car par essence ces projets et leurs ressentis sont très variés, se personnalisent en fonction du contexte local, et de ce que les professionnels de santé engagés peuvent/veulent réaliser.

Partons du titre : « Maison de Santé Pluriprofessionnelle ». Maison de Santé = un regroupement, souvent dans un même lieu, d'un grand nombre de compétences dans un bâtiment accessible centralisant l'offre de soin ; ou à défaut en plusieurs lieux (cabinets préexistants souvent bien établis) d'une même zone géographique : MSP multisite ou Pôle de Santé, coopération rendue possible malgré l'absence de proximité physique grâce à coordination, réunions, système d'information avec dossiers patients mis en commun à distance, le but étant de ne pas fermer de porte, de rester évolutif. Pluriprofessionnel = concept qui à mon avis semble naturel quand on sort de nos études où, à l'hôpital, on a l'habitude de côtoyer d'autres professions médicales, paramédicales, médico-sociale. On peut quand même être en contact avec ces professions dans un exercice hors MSP, mais ici l'idée est de construire un projet ensemble, et de favoriser au maximum les prises en charges coordonnées dans l'intérêt du patient.

Et dans le contexte actuel avec de plus en plus de patients complexes (polypathologiques, problèmes psychosociaux...), c'est très utile, on ne pourrait presque plus s'imaginer faire autrement.

Petite nuance par rapport à l'hôpital : on se côtoie en contexte libéral, et dans une ambiance bien moins hiérarchisée, chacun pouvant être moteur du projet.

Ces caractéristiques induisent forcément un travail supplémentaire par rapport à l'installation hors MSP, et des compromis qu'on n'aurait pas forcément à faire en exercice isolé ; cependant quand la coordination est bien assurée, cela fonctionne de manière fluide et ça devient même une force : la cohésion est un confort tant pour le patient - qui peut être rassuré de voir une solidité et une cohérence dans son parcours de soin - que pour les praticiens qui se retrouvent soutenus (ce qui est précieux dans le contexte professionnel actuel parfois tendu).

Et quand l'ambiance est sympa, c'est un plaisir de pouvoir échanger lors de la pause repas, autour d'un café, etc. Ces projets permettent souvent de faire plus, que ce soit par regroupement de moyens (secrétariat, matériel coûteux mis en commun, attractivité d'autres professionnels...), mais aussi via des protocoles (un exemple parmi d'autres : prise en charge efficace et complète du patient diabétique par IDE, diététicien, podologue et médecins), le tout soutenu financièrement par

l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel), une enveloppe allouée par la Sécurité Sociale pour permettre le fonctionnement des MSP et de leurs particularités. Il est possible de rejoindre une MSP déjà bien installée, si le contexte rencontré au cours de stage/remplacements/échanges vous plait, il me paraît en tout cas important avant de s'engager d'approfondir les discussions et rencontres avec l'ensemble des acteurs du projet, et de bien appréhender le fonctionnement de l'équipe avant de se « marier » avec elle. Si ça colle, cela peut simplifier beaucoup de choses pour l'installation, la structure étant déjà en place, une grande partie du travail est faite.

Se lancer dans la construction d'un nouveau projet est sinon une belle expérience, en gardant en tête que c'est un gros travail, et que ça ne peut, par essence, se faire seul. Il faut partir d'un « diagnostic » de terrain (étude de la population, des problématiques de santé, recensement du tissu professionnels concernés), se réunir fréquemment, produire un projet de santé, faire un certain nombre de démarches... et être vigilant

à ce que la cohésion persiste tout le long du projet. Il est fortement recommandé pour ne pas ramer d'être assisté de personnes d'expériences : contact local de la FFMPs (Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé), échanger avec d'autres projets régionaux, participation à des congrès sur le sujet (très stimulant !), engager un coordonnateur (dont le financement sera largement assuré par les ACI)...

Pour en savoir plus sur le sujet des MSP, une première ressource à consulter : le site de la FFMPs <https://www.ffmps.fr/>. Vous pouvez découvrir dans mon blog ma propre expérience de jeune médecin ayant participé à la construction d'un de ces projets, sortant à peine de l'internat ; et malgré un parcours quelque peu accidenté, actuellement heureux d'y travailler dans des conditions agréables, ce qui peut paraître rare dans le contexte actuel :

<https://dessertemedicale.blogspot.com/> (à lire si possible dans l'ordre chronologique).

Bonne découverte !

Arnaud CHABARDES

MG, Conseiller Médical Filieris et MSU

Depuis 2005, les Centres de Santé (CDS) FILIERIS sont ouverts à tous les publics. FILIERIS offre des prestations de santé avec une prise en charge globale du patient, en favorisant l'accessibilité géographique et sociale. Les Centres de Santé pratiquent le tiers-payant intégral pour l'ensemble des patients. Tous les professionnels de santé FILIERIS exercent en secteur 1 et appliquent les tarifs conventionnels.



L'Accord National des Centres de Santé (ANCS) : FILIERIS a signé avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), en 2015, l'Accord National des Centres de Santé (ANCS) qui reconnaît aux professionnels de santé des CDS,

les mêmes droits et devoirs que les professionnels de santé libéraux, en transposant leurs dispositions conventionnelles du 26 août 2016. L'ANCS précise les engagements des CDS en termes d'Accessibilité, d'Organisation, de Coordination des soins et de prise en charge globale du patient dans une logique de cohérence d'intervention et de développement de l'offre de soins ambulatoires. Il s'agit d'une évolution notable du financement de l'ambulatoire et des équipes de soins de premier recours, réduisant la part du financement à l'acte.

Démarche Qualité

Engagement des CDS dans une démarche qualité fondée sur l'auto-évaluation de leur pratique organisationnelle avec l'objectif de certification.

Parcours en santé

Dans les Centres de Santé FILIERIS, la prise en charge des patients est centrée sur la santé (pas seulement sur les soins), selon un parcours personnalisé. C'est une offre complète de promotion de la santé qui intègre, en plus de la prise en charge des soins, la prévention, le dépistage et l'éducation thérapeutique. Les modalités de fonctionnement des Centres de Santé permettent une prise en charge globale des patients et une coordination pluri-professionnelle des soins en coopération avec l'offre de soins environnante.

Structure "de base" d'un Centre de Santé Filieris

- ⊗ Accueil : Secrétariat qui gère toutes les tâches administratives ;
- ⊗ Médecin(s) ;
- ⊗ Infirmière(s) ;
- ⊗ Service Social.

Et, selon les Centres de Santé

- ⊗ Médecine spécialisée : ophtalmologie, pédiatrie, ORL, dermatologie, gynécologie... ;
- ⊗ Kinésithérapie ;
- ⊗ Soins infirmiers sur place ou à domicile ;
- ⊗ Soins dentaires.

Modalités de travail en CDS

- ⊗ Utilisation d'un système d'information labellisé V2 par l'ASIP santé, administré et partagé au moyen d'habilitations différenciées entre les professionnels du Centre de Santé ;
- ⊗ Usage d'une messagerie sécurisée pour labo et courriers ;
- ⊗ Coordination interne avec RCP, 1 à 2 fois / mois ;
- ⊗ Mise en place de protocoles pluri-professionnels d'organisation interne du CDS ("Qui, Quoi, Quand, Comment") ;
- ⊗ Coordination externe avec tous les acteurs de santé et les services sociaux ;

- ⊗ Partenariats avec les professionnels de santé libéraux dans des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) ;
- ⊗ Partenariats avec les professionnels de santé, les établissements médico-sociaux, les services sociaux pour la prise en charge populationnelle d'un territoire dans le cadre d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ;
- ⊗ Participation à la Permanence Des Soins (PDS) avec, selon les secteurs, présence de Médecins Correspondants Samu (MCS) ;
- ⊗ Mise en place de la Télémédecine (Téléconsultations et Télé-expertises) ;
- ⊗ Partenariats avec des établissements de cure thermale.

Les objectifs du projet de santé

- ⊗ Répondre aux défis des maladies chroniques ;
- ⊗ Agir en faveur du « mieux-vieillir » ;
- ⊗ Développer des actions ciblées ;
- ⊗ Accompagner le Retour à Domicile après hospitalisation ;
- ⊗ Améliorer la prise en charge des patients ;
- ⊗ Lutter contre l'exclusion et Consolider l'accès aux soins.

La maîtrise de stage universitaire

La plupart des médecins Filieris sont maîtres de stages universitaires (MSU) et les CDS accueillent des internes en médecine générale et des externes, qui peuvent être logés. Conformément à la stratégie nationale de santé 2018-2022 et dans le cadre de l'accompagnement d'internes par ses médecins maîtres de stage, les Centres de Santé Filieris peuvent, aujourd'hui, proposer des projets de recherche sur les soins primaires.

Le salariat en Centre de Santé

- Être médecin généraliste salarié au sein d'un Centre de Santé Filieris, c'est pouvoir bénéficier de :
- ⊗ Service support en charge de la gestion administrative pour pouvoir se consacrer à sa pratique ;
 - ⊗ Accompagnement matériel, informatique et logistique ;

- Accueil/secrétariat permettant une assistance et une continuité des soins ;
- Activités diversifiées par la participation aux actions de prévention et d'éducation de la santé, en lien avec les acteurs de santé régionaux (8 jours de Santé Publique/an pris en charge par Filieris) ;
- Formations médicales régulières (8 jours de FMC/an pris en charge par Filieris) ;
- Avantages propres au statut de salarié (congés payés : 5 semaines, RTT : 2 semaines, retraite complémentaire, mutuelle, frais de déplacement et de logement, chèques vacances, ...) ;
- Salaires attractifs avec prise en compte de l'ancienneté avec 8 échelons de rémunération (embauche à partir de l'échelon 3 pour un médecin sans ancienneté) ;
- Possibilités de logement.

Dr Aimé MOHR

Choix d'internat en médecine : Un nouvel exemple de désinvolture à l'égard des étudiants !

Communiqué de presse du SNJMG le Vendredi, 6 septembre 2019

Mardi 3 septembre 2019, suite à une phase de simulation officielle débutée le 1^{er} août, la procédure de choix des spécialités médicales et des subdivisions d'internat a débuté pour les futurs internes en Novembre 2019.

La veille, lundi 2 septembre, des étudiants se sont étonnés de la modification sensible des simulations de choix suite à une modification des postes proposés par le Centre National de Gestion (CNG), établissement public administratif sous tutelle du ministère de la santé, chargé de l'organisation de cette procédure.

L'explication a été donnée, pour partie (1), avec la publication au Journal Officiel le 4 septembre 2019 d'un arrêté rectificatif sur la répartition des postes d'internat proposés aux étudiants : si le nombre total de postes par spécialité et par subdivision est inchangé, il y a eu une modification de la répartition entre postes classiques et postes CESP (2), modification à la marge au niveau national mais avec parfois un impact local (3).

Si elle est globalement marginale d'un point de vue comptable (faisant le bonheur de quelques un-e-s au prix du malheur de quelques autres), cette modification de postes, instituée la veille de la procédure de choix (c'est-à-dire, au dernier moment possible), sans avertir les étudiants, est humainement inacceptable.

Pour le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) qui accompagne les futurs internes de Médecine Générale pendant leurs choix (4), tout ceci n'est pas sans rappeler la publication le vendredi 28 juin 2019 du nombre restreint et de la répartition non homogène des postes de FST/options proposés aux internes de la promotion 2017 alors que la date limite du dépôt de candidature était fixée au dimanche 30 juin 2019 (5)...

Le SNJMG interpelle donc les ministères concernés (Santé et Enseignement Supérieur) : il faut en finir avec la gestion à la dernière minute des affaires concernant étudiants et internes !

Contact presse : Dr Sayaka Oguchi – presidente@snjmg.org – 07.61.99.39.22

1. Au moment de la publication de ce communiqué, les ministères concernés n'ont toujours pas donné d'explication officielle aux modifications de postes.
2. Créé en 2010 suite à la loi HPST de 2009, le CESP vise à lutter contre la désertification médicale, en offrant des postes fléchés lors des choix et une allocation de 1200 euros bruts par mois aux étudiants et internes à partir de la 2^e année d'étude, contre l'engagement à exercer dans une zone sous-dotée pendant une durée équivalente à la durée de versement de l'allocation.
3. Par exemple, la subdivision de Tours gagne trois postes classiques (non CESP) d'ophtalmologie et perd trois postes classiques de médecine générale. Mais pour les postes CESP, il y aura trois postes de moins en ophtalmologie (NB : il y en avait quatre précédemment) et trois postes supplémentaires en médecine générale.
4. Le SNJMG organise une réunion d'accueil des nouveaux internes de Médecine Générale le 26 septembre 2019 dans les locaux de la revue Prescrire (inscriptions).
5. Voir le communiqué de presse du SNJMG de Juillet 2019.

Choix d'internat de médecine 2019 : Les spécialités et les villes préférées des nouveaux internes (et celles qu'ils/elles boudent)

Communiqué de Presse du SNJMG, le 26 septembre 2019

Depuis 2004 (mise en place des Epreuves Classantes Nationales - ECN - comme mode d'entrée unique en troisième cycle), les étudiants ayant validé leurs 6 premières années de médecine choisissent en septembre leur spécialité et leur lieu d'internat.

Les choix 2019 se sont achevés le 24 septembre 2019 (cf. : bilan des choix 2019) ; ils donnent un aperçu des aspirations professionnelles des internes de la promotion 2019.

Il faut d'abord constater la grande stabilité, d'année en année, des spécialités les plus prisées et de celles les plus boudées. Si, pour la première fois, c'est la chirurgie plastique qui occupe la tête du classement, il ne faut pas oublier qu'elle trône avec 5 autres spécialités (ophtalmologie, maladies infectieuses et tropicales, dermatologie, néphrologie, cardiovasculaire), les 6 premières places depuis la réforme de 2017. De même, mis à part l'incursion ponctuelle de la génétique

médicale l'année dernière, le « grupetto » de fin de classement comporte toujours les mêmes spécialités : celles habituées à la queue de classement depuis plusieurs années (Médecine Générale, Psy, Biologie médicale, Santé au travail et Santé publique) et deux des nouvelles spécialités de 2017 qui peinent à recruter : Médecine d'Urgence et Gériatrie (NB : la pertinence de la création de ces 2 internats sera inéluctablement discutée en cas de confirmation de ces résultats dans les années à venir).

NB : Urgences, Psychiatrie et Biologie sont des spécialités au centre de conflits sociaux depuis plusieurs mois.

La stabilité globale est également de mise pour la répartition homme/femme et les régions d'internat.

Si la part des femmes continue de croître (58,8 % des étudiants affectés), celles-ci sont très sur-représentées en gyneco médicale (97,6 %), en gyneco obstétrique et, à un degré moindre, en endocrino, dermato, pédiatrie et chirurgie pédiatrique. A l'inverse, elles sont largement sous-représentées dans la majorité des spécialités chirurgicales.

Pour les régions, les choix 2019 confirment d'une part, l'attractivité de Paris et, surtout, des « duos » Nantes/Rennes et Lyon/Grenoble et, d'autre part, les mauvais résultats des « duos » Limoges/Poitiers, Dijon/Besançon, Saint Etienne/Clermont, Caen/Rouen et Reims/Amiens (des pires aux moins pires). A noter toutefois 3 particularités cette année :

- ⊕ Le chassé-croisé entre Bordeaux (habituellement sur le podium) et Montpellier (qui accède au podium) ;
- ⊕ L'apparition surprise de la région Antilles/Guyane parmi les régions mal classées (est-ce en lien avec l'incendie du CHU de Guadeloupe ou la polémique sur l'internat de Martinique ?) ;
- ⊕ Pour les futurs généralistes (si nous tenons compte des postes CESP) : l'amélioration de l'attractivité de Caen et de Paris mais la confirmation de difficultés à Dijon.

Mais le fait notable de ces choix concerne la spécialité de Médecine Générale : 3213 internes seront affectés-e-s en Médecine Générale, ce qui correspond exactement au nombre de postes (hors CESP) proposés, une première depuis la création des ECN en 2004 ! De plus, la première à choisir Médecine Générale était Aurélie Mégnien, 28^e ; ils étaient 384 à avoir fait ce choix dans les 3000 premiers (contre 353 en 2018 et 331 en 2017) et le dernier poste proposé est parti bien avant les derniers étudiants à choisir !

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) qui depuis 2 ans fait une promotion active de la Médecine Générale auprès des futurs internes ne peut que se réjouir de ce résultat. Toutefois, le SNJMG tient à faire la mise en garde suivante : il est pour le moins précipité si ce n'est exagéré d'interpréter ce résultat comme la preuve d'une amélioration de l'attractivité de la Médecine Générale.



En effet, ce résultat s'explique d'abord par une réduction du nombre de postes (hors CESP) proposés : 3213 en 2019 contre 3268 en 2018 (malgré l'augmentation du nombre d'étudiants passant les ECN). Ainsi, il y aura moins d'internes affectés en Médecine Générale en 2019 qu'en 2018 (3213 contre 3254) ! De plus, la Médecine Générale fait toujours partie du « grupetto » des spécialités délaissées et les seuls postes CESP non pourvus sont tous des postes de Médecine Générale...

C'est pourquoi, le SNJMG maintient sa mobilisation pour l'amélioration du statut et de l'encadrement universitaire des internes de Médecine Générale et pour l'amélioration des conditions d'installation et d'exercice des médecins généralistes.

Contact presse :
Dr Sayaka Oguchi
presidente@snjmg.org – 07.61.99.39.22

Internat

Temps de travail des internes :

La mauvaise volonté permanente des gouvernements (au mépris des étudiants et des patients)

Communiqué de Presse du SNJMG, le 17 septembre 2019

Voici plus de 20 ans, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a été pionnier dans le combat pour l'amélioration du statut des internes de médecine en appelant à la grève pour obtenir un encadrement du temps de travail et un repos de sécurité après une garde.

Après 4 grèves nationales (1998, 1999, 2000 et 2001) dans lesquelles le SNJMG s'était pleinement investi (1), le repos de sécurité et la limitation du temps de travail à 48 heures par semaine avaient été finalement mis en place, en accord avec une directive européenne de 1993, réactualisée en 2003 (2).

Début des années 2010, le SNJMG faisait le constat, avec la FNSIP, l'ISNI et le SNIO, que le repos de sécurité n'était pas respecté en tout temps ni en tout lieu et qu'en moyenne, le temps de travail des internes dépassait largement la limite théorique des 48h hebdomadaires. Ce constat avait naturellement débouché sur deux nouveaux mouvements de grève des internes en 2012 et 2014 (3).

Avec ces deux grèves et sous la pression de la commission européenne (4), la ministre de la Santé de l'époque, Mme Marisol Touraine mettait en place le 04 mai 2015 une réforme, insatisfaisante pour le SNJMG (5), du temps de travail des internes.

A l'occasion de cette rentrée universitaire 2019, l'ISNI a publié un enquête (6) démontrant que, malgré la réforme de 2015, le temps de travail des internes dépassait les 55h hebdomadaires et que près de 1 interne sur 3 ne bénéficiaient pas

de repos de sécurité).

En réponse, l'actuelle ministre de la Santé, Mme Buzyn, a annoncé le 15 septembre 2019 la création d'un temps de travail additionnel (TTA) pour les internes dépassant les 48 heures.

Même si la ministre peut faire valoir une mesure d'exception contenue dans le droit européen, cette annonce est inacceptable pour le SNJMG : elle revient à acheter, dans tous les sens du terme, l'acceptation du non-respect d'un texte de loi, au mépris de la santé des internes et de celle des patients qu'ils prennent en charge, du fait de leur propre état de fatigue physique et/ou psychologique (7).

Le SNJMG appelle donc à un sursaut de la ministre de la Santé. Nous attendons qu'elle suspende cette mesure et qu'elle impose aux hôpitaux une organisation sacralisant le repos de sécurité et permettant le respect effectif de la limite de 48h de travail hebdomadaire.

Nous sommes disponibles pour lui communiquer (seul ou avec d'autres organisations de futurs et jeunes médecins) un ensemble de propositions lui permettant d'arriver à tel résultat.

Contact presse : Dr Sayaka Oguchi – presidente@snjmg.org – 07.61.99.39.22

1. Les internes des hôpitaux font la grève des gardes (La croix, 1999).
2. Directive européenne.
3. Le temps de travail des internes en médecine français n'est pas conforme au droit de l'Union (Daloz, 2014).
4. Grève des internes de Médecine Générale le 17 novembre 2014 (SNJMG, 2014).
5. Temps de travail des internes : le SNJMG organise la vigilance (SNJMG, 2015).
6. Les internes français travaillent plus de 55 heures par semaine (France info, 2019).
7. Enquête lancée par ISNAR-IMG, ISNI à laquelle le SNJMG a appelé tous les internes à participer.

Rentrée des étudiants et internes en Médecine : Non à la violence, au sexisme et aux humiliations !

Communiqué de Presse du SNJMG, le 11 octobre 2019

Entre septembre et octobre, c'est la période de rentrée des étudiants et internes en médecine. C'est donc le moment des journées d'accueil et des Week-End d'Intégration (WEI).

Si désormais la majorité de ces événements sont des moments de convivialité et de rencontres, il existe encore trop de situations de bizutage (1).

Ainsi le mois dernier, lors de la soirée d'intégration des « deuxième année » par les « troisième année » de la faculté de médecine de Rennes, deux des étudiants attachés ont reçu du vinaigre blanc dans les yeux, obligeant l'un des deux à un passage aux urgences ophtalmo du CHU.

La même semaine, des étudiantes de médecine auraient été victimes, à Nîmes, de « simulacres d'actes sexuels », « d'insultes à caractère sexiste » ou encore de « propos humiliants » (2).

Au-delà du bizutage que le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a toujours condamné, avant même qu'il ne soit considéré comme un délit par la loi du 17 juin 1998, il n'est pas acceptable pour le SNJMG qu'il puisse exister en 2019 des chants et des comportements sexistes dans les amphis et les internats de médecine.

Aussi, le SNJMG, impliqué depuis toujours dans la lutte contre le sexisme et le machisme en médecine, soutient et relaie la campagne lancée le 01 octobre 2019 par le Collectif féministe Contre le Viol CFCV (3).



Dans cet esprit, le SNJMG propose à la conférence des doyens de médecine de co-rédiger un protocole éthique sur les réunions de rentrée des étudiants, visant à proscrire toute violence et toute atteinte à la dignité des personnes dans les facultés de médecine.

1. Le bizutage est passible selon le code pénal d'une peine de 6 mois d'emprisonnement et 7500 euros d'amende. Une peine qui peut aller jusqu'à 1 an de prison et 15 000 euros d'amende en cas de vulnérabilité de la victime.
2. Ouverture d'une enquête après un bizutage à caractère sexuel à Nîmes.
3. Campagne contre le bizutage du CFCV.

Problèmes lors des choix de stages d'Automne 2019

Cette année plusieurs choix de stages d'internes ont connus de gros problèmes (Île-de-France, Grand Est, Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie), le SNJMG a décidé d'y consacrer tout un dossier dans le prochain numéro de la revue Jeune MG.

Remplacements

Un problème de mise en page dans le précédent numéro de Jeune MG avait rendu nos articles sur les remplacements difficilement compréhensibles, nous reprenons les deux articles dans ce numéro.

Menaces sur la licence de remplacement

Depuis ce printemps, des rumeurs se répandent sur les réseaux sociaux selon lesquelles il faudrait ou il va bientôt falloir avoir validé son SASPAS pour obtenir sa licence de remplacement.

Le SNJMG rappelle donc régulièrement la législation actuelle sur les licences de remplacement :

- ⊗ Pour les DES en cinq ans, la validation de six semestres d'internat est nécessaire ; pour les DES en quatre ans, cinq semestres sont requis.
- ⊗ Pour le DES de médecine générale, qui ne dure que 3 ans, il suffit d'avoir validé trois semestres, dont obligatoirement le stage ambulatoire de niveau 1 (effectué en première année depuis la réforme de 2017).

Il n'y a donc pas obligation légale de validation du SASPAS pour obtenir sa licence et le Conseil de l'Ordre a confirmé, par la voix du Dr Lucas, notre analyse réglementaire.

Mise en garde sur les reversement d'honoraires en cas de remplacement en Maison Médicales de Garde

Au début de l'été, grande période de remplacements saisonniers, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a rappelé aux médecins remplaçants, comme aux médecins remplacés, les règles concernant les rétrocessions d'honoraires pour les remplacements de gardes.

Comme pour tout type de remplacement, il est important de préciser les reversements d'honoraires dans les contrats de remplacement. Il est ainsi habituel que pour un remplacement de garde, la rétrocession corresponde à 100 % des honoraires perçus et à 100 % de l'indemnité d'astreinte correspondante (1).

Dans la maison médicale de garde (MMG) de Béthune (qui couvre deux anciens secteurs de garde), le non respect de ces principes (2) induirait ainsi pour les médecins remplaçants un

manque à gagner de 100 € pour une garde de nuit et de 300 € pour les dimanche et jours fériés.

Une nouvelle fois, le SNJMG insiste sur l'importance (pour les deux parties) de signer avant tout remplacement un contrat de remplacement clair et précis. Le SNJMG reste bien sûr à la disposition des médecins remplaçants qui seraient floués lors de la rétrocession d'honoraires.

Enfin, le SNJMG continue d'assurer la publicité de situations comme celle de la MMG de Bethune afin d'alerter les médecins remplaçants.

1. Ces indemnités d'astreintes ont été obtenues suite à la grève des gardes de 2002 où le SNJMG assurait la représentation nationale des médecins remplaçants.
2. Au motif de difficultés économiques de la structure, des médecins de la MMG auraient décidé de suspendre le reversement de l'indemnité d'astreinte dans le cadre de remplacements.

Actualisation rentrée 2019

Les médecins de Béthune accepteraient de verser l'indemnité d'astreinte aux remplaçant-e-s tout en procédant à une retenue de 15 %. Pour le SNJMG, ce n'est toujours pas acceptable : l'indemnité doit être versées à 100 % aux remplaçant-e-s.

Installation

Aide à l'installation de médecins : Le bilan globalement négatif des contrats de praticiens territoriaux

Communiqué de presse du SNJMG le 23 septembre 2019

Le Dr Sophie Augros, déléguée nationale à l'accès aux soins, a remis, lundi 16 septembre 2019, à Mme Agnès Buzyn, ministre de la Santé, un état des lieux des aides à l'installation des jeunes médecins dans les territoires sous-dotés.

Bien qu'ayant participé aux réunions préparatoires en tant que premier syndicat dans l'histoire à représenter spécifiquement, outre les internes, les médecins remplaçants et les jeunes installés en Médecine Générale, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) s'étonne de ne pas avoir reçu ce rapport et que ce rapport ne soit pas disponible sur le site Internet du ministère de la Santé.

C'est donc sur la base d'articles de presse et des éléments que nous avons recueillis lors de notre participation aux réunions de travail, que nous livrons une première analyse sur les contrats de praticiens territoriaux dont notre syndicat avait dénoncé, dès leur création, leur caractère de « gadget » (1).

Premier contrat créé en 2013, le contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG) affiche des résultats peu convaincants. Si les chiffres rapportés par la presse se réfèrent au 31 décembre 2018 (2), il y aurait eu 1208 contrats cumulés entre janvier 2013 et décembre 2018, sur les 2350 proposés. Le premier enseignement à tirer de ces chiffres est que le nombre de contrats signés est resté à un bas étiage ne passant de 180 contrats signés la première année qu'à environ 201 contrats signés par an sur 6 ans alors que les promotions d'internes de Médecine Générale ont dépassé les 3400 personnes par an, entre 2012 et 2018. De plus, ce contrat

peine à rivaliser avec l'aide conventionnelle à l'installation : moins de 8 % de recours au PTMG contre 68 % de recours au CAIM (Contrat d'Aide à l'Installation Médecin), alors que celle-ci est plus récente (2017 contre 2013) et qu'elle ne bénéficie pas du même engagement de l'État (campagnes promotionnelles et activisme des ARS à propos du PTMG).



Au-delà de ces réalités comptables, il manque le profil des signataires du PTMG. En 2015, la ministre de l'époque, Mme Marisol Touraine, avait révélé, en creux, que 60 % des signataires étaient déjà installés lors de la signature de leur contrat (3), chiffre bien plus révélateur d'un effet d'aubaine que d'un effet d'incitation.

De plus, nous ne connaissons pas le taux de signataires du CESP (4) parmi les signataires du PTMG (c'est-à-dire des étudiants qui s'étaient déjà engagés à s'installer en territoire sous-doté via leur CESP). Au final, le nombre de jeunes médecins qui se sont installés en territoire sous-doté du seul fait du PTMG doit être plus faible que les 1208 revendiqués.

Concernant les autres contrats de praticiens territoriaux, l'énoncé des résultats se passe de commentaire : PTMA (praticien territorial de médecine ambulatoire), 71 signataires et PIAS (praticien isolé à activité saisonnière), 9 signataires.

Un mot toutefois sur le PTMR (Praticien Territorial Médical de Remplacement) : 19 contrats signés sur 200 contrats par an proposés entre 2017 et 2018, soit 4.75 % de contrats ayant trouvés preneurs. Dire que Mme Marisol Touraine avait vanté à l'Assemblée nationale cette mesure comme étant une réponse à une demande des médecins remplaçants : ces chiffres, après les critiques du SNJMG, prouve qu'il n'en était rien...

En toute logique, le Dr Sophie Augros propose à la ministre de ne pas renouveler ces contrats ; c'est bien sûr une proposition que soutient le SNJMG.

Quant à la proposition de les remplacer par un contrat unique revisité, c'est peut-être une délicate attention à l'égard de tous les responsables qui s'étaient impliqués dans cette politique de contrats territoriaux mais le SNJMG rappelle sa préférence pour une amélioration d'ensemble des conditions d'installation et d'exercice des Médecins Généralistes avec des modulations positives en fonction du lieu d'exercice.

Contact presse : Dr Sayaka Oguchi presidente@snjmg.org – 07.61.99.39.22

1. Communiqué du SNJMG sur la création du PTMG.
2. Le bilan sera automatiquement moins bon si la date de référence est ultérieure au 31 décembre 2018. Or, lors d'une des réunions au ministère en début d'année 2019, c'est le chiffre d'un millier de contrats qui avait été annoncé...
3. Communiqué SNJMG sur la démographie médicale.
4. Le CESP est bourse d'étude offerte au étudiants et internes en médecine ou en dentaire en contre-partie d'une installation en zone sous-dotée (3 185 étudiants ou internes signataires depuis 2010, soit environ 398 par an alors que les promos en médecine dépassent 8000 personnes par an).

Les avantages de s'installer dans un #désert médical, la fin des idées préconçues...



De vous a moi

J'ai fondé en 2017 un cabinet de recrutement spécialisé dans le placement de médecin et paramédicaux, après 2 ans et demi d'expatriation en Australie. Mon ambition si ce n'est un objectif, bousculer les codes et les méthodes en matière de recrutement.

J'ai ramené avec moi cette force et cette énergie qu'ont les anglo-saxons de vouloir et pouvoir aller au bout des rêves et idées. Je refuse de faire rentrer les personnes dans des cases, je veux et je considère l'être humain tout entier. Ses rêves, ses attentes, ses ambitions, ses souhaits professionnels et personnels... Notre société a besoin de talents, mais aussi d'êtres humains, de revenir aux sources, d'être à l'écoute des besoins et des envies de chacun pour évoluer vers un monde plus serein et favoriser les relations pérennes.

Laissez-moi vous parler

Et si le terme désert médical était juste mal interprété, et si ces deux mots avaient une consonance négative et donc un effet repoussant pour nos médecins.

Tout comme vous, quand j'entends « désert médicale » je n'entends que le mot **DÉSERT**.

Haa, non ! Je suis encore jeune et j'aime les espaces urbains, les sorties, la culture, les voyages. Pourquoi irai-je m'enterrer et dépérir dans une zone rurale où il n'y a plus rien ?

STOP à la mauvaise information. Je vais vous parler d'endroits où l'art de vivre correspond à nos valeurs, vos valeurs. Je vais reprendre le témoignage de nombreux médecins qui hésitaient à s'installer en libéral dans des zones dites « déserts médicaux » et qui aujourd'hui sont extrêmement heureux.

Et oui, si en fait un désert médical était juste un lieu hyper séduisant pour ne pas dire sexy ! Me permettant de me réaliser sur le plan professionnel, personnel et humain !!!!!

Envisageons la situation du point de vue d'un médecin hésitant ou récalcitrant :

Nous sommes à 10 minutes en voiture d'une ville dite Métropole, il y a les infrastructures

complètes (transports comme le bus, des écoles, des commerces, des artisans, des commerçants, des professions paramédicales, etc).

Un rapide comparatif d'un exercice dans une ville dite Métropole Vs dans une ville à 10/20 mn d'une Métropole :

Métropole	Agglomération et/ ou zone rurale
Méto Boulot Dodo	Je peux me rendre à pied à mon travail si j'habite la commune où j'exerce
Pollution	Je respire un air plus sain
Aucune aide de l'État	Des aides Multiples de l'ARS/ CPAM/ Mairie/ Conseil Régional
Bail ou acquisition des bureaux ayant un coût important	Reprise/ partage de patientèle sans frais
Patientèle à se constituer	Non concerné
Pas de vie sociaux-professionnelle	Médecins et para-médicaux travaillent conjointement souvent dans des structures pluridisciplinaire
Sensation d'isolement	Construction d'un réseau rapide
Horaire excessif	Équipe = horaire défini avec le confrère ou la consœur, travail en bonne intelligence
Frais de Stationnement + PV	Je n'ai pas ce type de frais
ETC.	

Oups, de prime abord, la population a vieilli, mais pas que... L'école a vu sa population d'élèves augmenter considérablement depuis ces 5 dernières années, et les 3 médecins qui y exerçaient pourraient partir à la retraite. Seul hic, aucun des médecins n'a le temps de s'occuper de trouver un successeur. Passionnés par leurs métiers et par la qualité des relations humaines qu'ils ont tissés avec les habitants du secteur, ils continuent d'exercer.

Hourra, il existe des solutions :

Un projet d'espace pluridisciplinaire existe. Chouette il y aura une vie socioprofessionnelle.

Grâce au zonage de l'ARS, je vais m'installer en libérale et prétendre soit au PTMG soit à la CAIM. Vive le libéral, je vais pouvoir accorder mon emploi du temps à celui de mes confrères et consœurs, donc me libérer tu temps pour profiter de ma famille et voir mes enfants grandir, partir en week-end et m'offrir au-delà de 5 semaines

de congés par an. Tout en préservant la continuité des soins dans mon secteur.

« Parce que la génération X et Y que vous êtes à bien compris et envie de faire comprendre :

« Il faut reformater les esprits et les habitudes. Oui un médecin c'est aussi un être humain avec une vie privée et des sentiments, non ce n'est pas une machine à faire des soins ».

Incroyable on m'offre en plus le loyer du local professionnel gratuit de quelques mois à plusieurs années. Et puis fiscalement, certains secteur son classé ZRR = pas d'impôt sur les bénéfices pendant 5 ans.

De plus dans certains secteur il y'a des enveloppes financières locales pour l'acquisition de matériel, etc., etc.

Brefs, entre les avantages financiers, matériels et le confort de vie, je peux contrairement aux a priori me consacrer à la médecine.

Les aides possibles * tout n'est pas repris, nous vous invitons à consulter le site internet de l'ARS :

Les aides	En quoi cela consiste	Avantages	Population
CESP – Contrat d'engagement de service public	Allocation mensuelle brute de 1200 euros pendant les études		<ul style="list-style-type: none"> • Les étudiants en médecine dès la 2^{ème} année. • Les internes de médecine. • Les étudiants en odontologie, dès la première année.
Le PTMR – Contrat de praticien territorial médical de remplacement	Favoriser l'exercice de remplacement en zones déficitaires au travers de compensation financières		<ul style="list-style-type: none"> • Les médecins généralistes remplaçants ayant soutenu leur thèse depuis moins de 3 ans. • Les étudiants en médecine générale autorisés à faire des remplacements. • Les assistants spécialistes à temps partiel au sein d'un établissement de santé...
Le PTMG – Contrat de praticien territorial en médecine générale	Ouvre droit, pendant 2 ans maximum, à une rémunération complémentaire mensuelle à l'activité et à des avantages en termes de protection sociale		<ul style="list-style-type: none"> • Les médecins généralistes thésés, avec un projet d'installation en zone déficitaire. • Les médecins généralistes déjà installés en zone déficitaire depuis moins d'un an.
Le PTMA – Contrat de praticien territorial en médecine ambulatoire	Ouvre droit pendant 6 ans maximum à des avantages en termes de protection sociale		<ul style="list-style-type: none"> • Les médecins généralistes ou spécialiste thésés avec un projet d'installation en zone déficitaire. • Les médecins généralistes ou spécialistes installés après le 1^{er} janvier 2015 en zone déficitaire.
Le COSCOM – Contrat de stabilisation et coordination des medecins	Soutenir votre activité lorsque vous êtes installés en zones sous-dotées et que vous exercez en groupe, en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou en une équipe de soins primaires	<ul style="list-style-type: none"> • 5000 €/an pour un contrat de 3 ans renouvelable tacitement. • Exercice partiel dans un hôpital de proximité (+1250 €/an). • Accueil d'un étudiant stagiaire interne et externe (+ 300 €/mois, soit + 50 % par rapport à l'indemnité habituelle). 	<ul style="list-style-type: none"> • Les médecins conventionnés déjà installés en zone sous-dotée et impliqués dans une démarche d'exercice coordonné.

A la faculté, on ne m'avait pas présenté les choses sous cet angle !

De plus, comme je suis à 10 mn de la métropole mais pas au cœur de la métropole, et comme pendant 5 ans je bénéficie de très nombreux avantages, je vais pouvoir m'acheter une belle et grande maison, avec une chambre pour chacun de mes enfants et/ou futurs enfants, je pourrai même envisager d'avoir une piscine et surtout je pourrais inviter mes proches à passer le week-end chez moi.

Je viens de passer au minimum 9 ans dans les études universitaires et si je choisis de travailler en métropole, ma vie sera : « **metro+boulot+dodo** ».

J'ai choisi un désert médical car la population m'a accueillie, que je me suis fait des amis et que ma patientèle respecte mon désir de vie privée. Grâce à ma vision de cet art de vivre, 3 connaissances sont venues s'installer dans le même espace pluridisciplinaire.

Le Dr Dxxx Hxxxx: jeune médecin de 28 ans qui s'est vu proposer un poste à Laval en qualité de salarié et un poste en Ardèche en salarié ou en libéral a répondu lors du recrutement : « *Je n'ai que 28 ans mais mon cursus universitaire m'a demandé des sacrifices sur le plan «vie privée et sociale». Aujourd'hui j'aspire à me faire des amis, construire ma vie, me sentir utile mais surtout accueilli et attendu...* », Elle a donc choisi l'Ardèche.

Mon opinion professionnelle

Vous n'êtes plus bloqué à un endroit à une offre ou à un concept, alors pourquoi ne pas tester avant de critiquer ? Laissez-vous guider par des professionnelles qui pourront respecter vos choix, vous présenter des offres et être force de proposition selon les souhaits professionnels et personnels que vous aurez émis.

Les professionnels de la santé ont également le devoir de tenir compte de leurs souhaits, de leurs rêves et de leurs aspirations. Mais il est aussi de notre rôle de vous montrer les avantages et la flexibilité qu'offre le statut de professions libérales contrairement au salariat.

Il est bien difficile de vous expliquer dans un article toutes les subtilités et possibilités qui s'offre à vous.

Changeons le monde.

Emilie DIAS

PDG de Dias & Associés

Patients transgenres en médecine générale

Le 18 juin 2018, l'*Organisation Mondiale de la Santé (OMS)* présentait la onzième version de la *Classification Internationale des Maladies (CIM)* dans laquelle l'entité "transsexualisme" figurant dans le chapitre des troubles de l'identité de genre (maladies psychiatriques) est remplacée par l'entité "incongruence de genre" figurant dans la nouvelle section des conditions relatives à la santé sexuelle (condition non psychiatrique). La CIM-11 a été validée par l'ensemble des pays membres de l'OMS le 28 mai 2019. Cette nouvelle classification entrera donc en application le 1^{er} janvier 2022, date à laquelle les personnes prises en charge médicalement pour cette raison sortiront non seulement du champ des maladies, mais aussi de celui des maladies mentales. Depuis 1992, il a fallu les condamnations répétées de la *Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH)* pour que la législation française reconnaisse aux personnes trans les droits qui sont désormais les leurs. Il est temps que les médecins du corps médical français, qui ont longtemps évité de s'emparer du champ controversé de la médecine transgenre, s'investissent dans la prise en charge de personnes qui n'aspirent qu'à une seule chose : atteindre ce niveau de bien-être bio-psycho-social complet qui définit l'état de santé.

Définitions

Sexes et genres

Comme dans la plupart des sociétés occidentales actuelles, la construction de notre groupe social repose sur la différences des sexes. Dans ce groupe, malgré la grande diversité à laquelle la nature nous expose régulièrement, la loi s'est appuyée sur la science pour répartir tous les membres de l'espèce humaine dans deux catégories exclusives : les hommes et les femmes. Pour préserver l'ordre ainsi établi, on a consolidé la barrière des sexes en valorisant un modèle bijectif dans lequel tous les *mâles* deviendraient des hommes et toutes les *femelles*, des femmes. Ce qui est malgré tout vrai pour environ 98 % de la population mondiale ne l'est pas pour les 25 millions de personnes à travers le monde qui se définissent comme transgenres et se retrouvent à cheval sur la barrière des sexes. Mais de quel sexe parle-t-on au juste ?

Sexe chromosomique

Tous les enfants naissent de la fécondation de deux gamètes haploïdes : un ovocyte (23,X) et un spermatozoïde (23,X ou 23,Y). L'œuf fécondé, diploïde, peut donc être de *sexe chromosomique femelle (46,XX)* ou de *sexe chromosomique mâle (46,XY)*. Cette étape permet la *détermination sexuelle*. Les chromosomes sexuels ou *gonosomes* sont le support d'une grande variété de *dysgonosomies*. Certaines de ces variations sont viables, d'autres non. Lorsqu'elles le sont, elles peuvent conduire à des situations extrêmes mettant en opposition sexe chromosomique et phénotype sexuel. Ces situations sont suffisamment non exceptionnelles pour avoir justifié, dans les années 2000, l'abandon du caryotype comme preuve de féminité chez les athlètes participant aux Jeux Olympiques.

Sexe gonadique

Il est admis que le **gène SRY** présent sur le bras court du chromosome Y est responsable, mais pas de façon exclusive, de l'induction de la **différenciation** des gonades primitives en **testicules**. Ces testicules sécrètent une première fois pendant l'embryogénèse, la testostérone et l'hormone antimüllérienne qui permettront la différenciation du tractus urogénital dans le sens mâle (maintien des canaux de Wolff, disparition des canaux de Müller). L'absence de gène SRY, de testostérone et d'AMH permet à l'embryon 46,XX d'évoluer dans le sens d'une différenciation femelle (disparition des canaux de Wolff, maintien des canaux de Müller). On sait depuis 1990 qu'il existe des gènes impliqués dans la différenciation précoce de la gonade primitive en ovaire et la théorie du développement embryonnaire femelle par défaut n'est plus satisfaisante aujourd'hui. Certains chromosomes X peuvent avoir été l'objet d'une translocation partielle de SRY et conduire un embryon 46,XX vers une différenciation gonadique mâle. De façon symétrique, des agénésies ou des dysgénésies gonadiques peuvent conduire un embryon 46,XY dans une différenciation femelle.

Sexe anatomique

Le plus souvent, c'est le sexe anatomique qui est considéré à la naissance pour attribuer à l'enfant un sexe légal (cf. *infra*). L'examen visuel des organes génitaux externes permet de reconnaître la présence ou l'absence de pénis permettant d'attribuer ou d'assigner au nouveau-né le sexe mâle (masculin) ou femelle (féminin) respectivement. Parfois, malgré une formule chromosomique et des gonades "normales", le phénotype n'est pas conforme aux structures habituellement présentes. C'est le cas, entre autre, du syndrome d'insensibilité complète aux androgènes (génotype masculin et phénotype féminin) ou de la translocation du gène SRY sur un des chromosomes X donnant des femmes XY (génotype 46,XX et phénotype masculin). Parfois encore, il est impossible de trancher complètement dans un sens ou dans l'autre. On parle de troubles du développement

sexuel, qui vont de simples variations anatomiques à de véritables états pathologiques mettant en jeu le pronostic vital de l'enfant. Les individus concernés sont appelés intersexués ou intersexes.

Sexe physiologique

Dans le sang circulent des hormones sexuelles. Les androgènes (**testostérone**) sont majoritaires chez les individus mâles. Les œstrogènes (**œstradiol, progestérone**) sont majoritaires chez les individus femelles. Fonctionnellement, les mâles doivent être capables d'engendrer et les femelles d'enfanter (grossesse, accouchement, allaitement). Le sexe physiologique ne permet pas à lui seul de définir l'appartenance d'un sujet à l'un ou l'autre des sexes. En effet, que penser alors des hommes souffrant de dysfonction érectile ou de stérilité (orchidectomie consécutive à un traumatisme ou un cancer) ? Que penser des femmes ménopausées ou stériles (ovariectomie, hystérectomie, etc.) ? Par ailleurs, les sujets peuvent être homosexuels ou ne pas désirer d'enfant, sans que cela ne remette en question leur identité de genre.

Sexe psychologique

C'est l'échec de réassignations chirurgicales précoces pratiquées chez des enfants intersexués qui a mis les pionniers du transsexualisme sur la voie. Malgré des interventions pratiquées en bas âge et un élevage par les parents assuré dans le genre concordant avec le sexe nouvellement conformé, les enfants finissaient par vouloir retrouver leur sexe anatomique natif. Cela fit dire à Harry Benjamin, sexologue et endocrinologue américain dans les années 1950, qu'il y avait une structure psychique, solide et immuable, fixée tôt dans l'enfance, qui était responsable du sentiment de se sentir homme ou femme. Il y avait donc bien un sexe biologique (chromosomes, gonade, anatomie) et un sexe psychologique (**identité de genre**) qui pouvaient ne pas être "alignés".

Sexe social

Pourvu d'une identité de genre, l'individu peut l'exprimer socialement en utilisant des codes

visibles d'appartenance à l'un des deux genres, masculin (*stéréotypes masculins*) ou féminin (*stéréotypes féminins*). Les personnes qui se sentent à leur place dans le système bicatégoriel sont dites *binaires*. Certaines personnes ne se reconnaissent dans aucun de ces deux groupes : elles sont *agenres*. D'autres s'identifient à la fois aux deux genres dans des proportions variables de "mâlitude" et de "féminitude" ; ce sont des *personnes non-binaires* ou de *genre fluide*. Par habitude, lorsqu'on identifie une personne de genre masculin, on fait automatiquement l'hypothèse que cette personne est de sexe masculin (mâle). De la même façon, lorsqu'on rencontre une personne de genre féminin, on fait l'hypothèse qu'elle est de sexe féminin (femelle).

Sexe légal

En France, seuls deux sexes permettent l'existence légale d'un individu. Chaque individu reconnu mâle sera assigné au sexe (légal) masculin et les marqueurs de genre utilisés seront "1" pour son numéro INSEE, "M" pour les papiers officiels avec mention du sexe à l'état civil. Chaque individu femelle sera assigné au sexe (légal) féminin et les marqueurs de genre utilisés seront le "2" et le "F". Ces attributs administratifs sont définitifs et toute modification nécessite d'attaquer l'Etat au Tribunal de Grande Instance. Seule dérogation, un enfant né intersexué dispose d'un délai réglementaire de 2 ans durant lesquels la mention du sexe à l'Etat Civil peut demeurer indifférenciée. A l'étranger, de nombreux pays ont admis l'existence légale d'un "troisième sexe", d'un "sexe neutre" signifié par la lettre "X" sur les papiers officiels.

L'examen des différentes composantes permettant l'identification sexuée d'un individu souligne bien la difficulté d'une définition exhaustive, consensuelle et indiscutable de ce qu'est un homme, une femme ou d'une personne non-binaire.

Cisgenre et transgenre

Les sexes chromosomique, gonadique, anatomique et physiologique déterminent ce que l'on peut appeler le *sexe biologique*. Il comprend ce qui est inné, réel pour les uns, naturel pour les autres. Les sexes psychologique, social et légal déterminent le *sexe psychosocial*. Il est composé de ce qui est construit pour les uns, culturel pour les autres.

Lorsque le sexe assigné à la naissance est "aligné" avec l'identité de genre, il s'agit d'une personne *cisgenre*. Lorsque le sexe assigné à la naissance n'est pas aligné avec l'identité de genre, il s'agit d'une personne *transgenre*.

Dysphorie de genre et transitions

Lorsque le décalage entre l'expérience de genre vécue (sociale) et l'identité de genre (psychologique) devient trop important, les personnes transgenres peuvent expérimenter un inconfort, un malaise, voire une véritable détresse mettant en jeu leur pronostic vital, appelée *dysphorie de genre*. Selon les individus, cette dysphorie peut porter sur les organes génitaux, la voix, la pilosité, les formes du corps (seins, hanches), etc. Lorsqu'elle devient intolérable, les individus entament une *transition*. Celle-ci vise à diminuer la dysphorie de genre lorsqu'elle est présente et surtout à réaligner identité de genre et sexe social et légal. Pour cela certains sujets réalisent une *transition sociale* en changeant de présentation, de rôle de genre et demandent la rectification juridique de leurs sexe à l'Etat Civil. Depuis la loi de modernisation Justice du XXI^e siècle de 2016, la démarche s'effectue en deux temps : changement de prénom(s) à la mairie de naissance ou du domicile puis changement de la mention du sexe à l'Etat Civil par requête auprès du Tribunal de Grande Instance du domicile. Ces démarches sont possibles à condition de pouvoir démontrer leur intérêt légitime, dont le "transsexualisme" fait partie. Pour certains individus, la transition sociale est suffisante pour regagner une condition satisfaisante. Pour d'autres en revanche, l'alignement biologique et psychosocial nécessite le recours à des modifications corporelles qui font entrer la transidentité dans le champ de la médecine. On parle alors de *transition médicale*.

Historique

On trouve dans l'histoire, des descriptions cliniques qui correspondent à ce que l'on nomme aujourd'hui transidentité. Depuis la Haute Antiquité jusqu'au XIX^{ème} siècle, des individus identifiés mâles se sont revendiqués femmes et des individus identifiés femelles se sont revendiqués hommes, dans de nombreuses sociétés. Avec le progrès des sciences et des techniques, les premières classifications nosologiques se sont chargées de répartir les comportements humains entre le normal et le pathologique, dans un clivage guidé par la morale et l'Eglise. Les premiers "changements de sexe" ont pu être réalisés par Magnus Hirschfeld, Harry Benjamin et d'autres, dès les années 1930-50, en Allemagne puis aux Etats Unis, grâce aux progrès de l'anesthésie, de la chirurgie reconstructrice et de la production pharmaceutique de la testostérone puis des œstrogènes. Aux Etats-Unis, c'est au John Hopkins Hospital qu'a été mis au point le protocole historique de transformation hormono-chirurgicale des "transsexuels". On distinguait alors les transsexuels primaires, patients dont le questionnement de genre était intervenu dès l'enfance, des transsexuels secondaires, de révélation plus tardive. La transformation hormono-chirurgicale était réservée aux premiers alors que la psychothérapie devait pouvoir contenir les seconds. Les premières cliniques du genre prenant en charge les enfants en questionnement de genre ouvrirent en 1953. En France, alors que la psychiatrie subissait l'influence grandissante de la psychanalyse freudienne puis lacanienne, les premières équipes hospitalières pluridisciplinaires se sont formées dans les années 1970. La première équipe accueillant les enfants transgenres ouvrit en 2013. L'examen bibliométrique de la base de données Pubmed montre que le nombre de publications contenant les termes *transsexual* puis *transgender* ont véritablement explosé une première fois en 2005 puis en 2015. Les publications françaises sont quasi-inexistantes et leur *impact factor* est nul.



En 2010, les professionnels de santé prenant en charge les personnes trans fondent la *Société Française d'Etude et de Traitement du Transsexualisme (SOFECT)* pour contrebalancer la parole des associations jugées trop représentées dans le rapport "Prise en charge du transsexualisme" publié par la *Haute Autorité de la Santé (HAS)* en 2009. Sous la pression des associations d'utilisateurs trans qui la jugent sévèrement et qui en demandent la dissolution, la SOFECT change une première fois de nom pour devenir la Société d'Etude et de Prise en Charge de la Transidentité en 2017. En 2019, la SOFECT annonce vouloir changer à nouveau de nom pour devenir la *French Professional Association for the Transgender Health (FPATH)*, branche française de la *World Professional Association for the Transgender Health (WPATH)*. Le positionnement des médecins français par rapport à la transidentité vient en écho à l'errance nosologique d'une entité qui fût successivement *inversion sexuelle, transvestisme, transsexualité, transsexualisme* puis *incongruence de genre*. Progressivement, on assiste, surtout dans les pays anglosaxons, à la mutation du paradigme "traiter des malades mentaux" en "accompagner les personnes en questionnement de genre dans une approche transaffirmative", le changement de sexe devenant interventions de confirmation de genre.

Contexte actuel

Hétérogénéité de la population transgenre. Conséquences

Transgenre est un terme parapluie qui recouvre une multitude de situations qui sont en fait très différentes. Les associations, dont l'intérêt est de rassembler le plus grand nombre, n'hésitent pas à agglomérer dans leurs rangs des personnes dont les problématiques peuvent être finalement très différentes : travestis, personnes intersexes, personnes revendiquant le droit de choisir leur genre comme extension au droit de disposer de son corps, personnes transidentitaires binaires en transition, personnes de genre fluide réclamant de pouvoir exister dans un nouveau sexe, etc. Les demandes faites aux médecins sont également très hétérogènes, les uns souhaitant prendre uniquement des hormones, d'autres réclamant la pose de prothèses mammaires sans chirurgie génitale, d'autres encore souhaitant une transformation corporelle complète. Les militants trans revendiquent une **auto-détermination** qui rend, selon eux, tout diagnostic extérieur, médical ou psychiatrique, inadmissible et maltraitant. Ils réclament une **dépsychiatisation** et une **démédicalisation** du changement de genre, mais avec une prise en charge totale des soins par la solidarité nationale. Ces revendications mettent nécessairement en tension les demandes des patients avec les contraintes médicales, légales et économiques des professionnels de santé. Quelles interventions peuvent/doivent être considérées comme réparatrices donc nécessaires ? Quelles interventions peuvent/doivent être considérées comme esthétiques, facultatives et appartenant au domaine du confort ou de la convenance ?

Mondialisation de la diffusion de l'information

Avec l'avènement d'internet et des réseaux sociaux, les patients partagent désormais toutes les informations relatives aux différents domaines de la transidentité avec le reste de la planète. Les protocoles de soins, les coûts, les résultats esthétiques et fonctionnels, les complications, etc. sont comparés et partagés sur la toile. Les critiques émergent de la comparaison des prises en charge thaïlandaises, américaines, canadiennes,

brésiliennes, britanniques et ... françaises. Le plus souvent, ces comparaisons ne prennent pas en compte les contraintes culturelles, médicales et légales du pays. Cependant, cette diffusion mondiale de l'information permet également de prendre conscience que l'approche choisie en France par les professionnels de santé n'est pas la seule possible. Il existe, ailleurs, des professionnels de santé satisfaits de pouvoir apporter des solutions pour les personnes transidentitaires, dans une approche positive et respectueuse, pas seulement **transfriendly** mais véritablement **transpositive**. Les patients français acquièrent une expérience qui vient mettre en défaut des professionnels peu ou pas formés.

Changer les regards

Le monde a pris conscience de la possibilité de "changer de sexe" avec la médiatisation de la transition de Christine Joergensen réalisée au Danemark dans les années 1960. Cependant, les personnes trans sont longtemps restées cantonnées aux métiers du spectacle ou de la prostitution du fait de l'absence de légalisation de leur nouveau statut social. Ce n'est que récemment que les médias ont commencé à illustrer le phénomène transidentitaire avec des personnes qui ont su construire une identité sociale parfaitement intégrée dans la société, avec même parfois une certaine valorisation de leur transition.

Accès aux soins

Les publications montrent que, dans tous les pays du monde, être transgenre constitue un obstacle à l'accès aux soins, qu'ils soient liés à la transition ou non. Les personnes trans constituent pourtant une population vulnérable par rapport à la santé mentale (anxiété, dépression, suicides), aux maladies sexuellement transmissibles dont l'infection à VIH et aux complications des traitements médicaux et chirurgicaux non adaptés. L'une des principales barrières de la prise en charge des personnes trans est le manque de formation et la sous-exposition des professionnels de santé aux personnes transgenres. La formation des étudiants et des professionnels de santé est donc un axe d'amélioration fondamental.

Epidémiologie

L'obtention de données chiffrées fiables est difficile et ce pour plusieurs raisons. La première est que pour compter efficacement une population, il faut au préalable la définir de façon robuste. Or, les définitions ne sont pas consensuelles et évoluent continuellement. Certains s'identifient trans, transsexuels, transgenres (avec toutes les variations exposées précédemment), non-binaires, queer, agenres, etc. Une estimation inférieure est souvent réalisée à partir des files actives

des équipes de la SOFECT avec, parfois, l'aide des associations. Dans les études les plus récentes, la proportion des personnes transgenres peut être estimée entre 0,5 % et 2 %. Autrefois, le sex ratio était nettement en faveur des femmes transgenres (*Male-to-Female, MtF*). Actuellement la transidentité concerne des personnes de plus en plus jeunes et le sex ratio est désormais en faveur des hommes transgenres (*Female-to-Male, FtM*).



Protocole de prise en charge

Protocole historique

Le protocole de prise en charge des personnes transidentitaires reprend encore aujourd'hui les étapes développées dans le protocole originel du *John Hopkins Hospital*. L'intégralité du parcours conduit à une réassignation sexuelle complète dont l'obligation et l'exhaustivité sont aujourd'hui contestées par la WPATH.

Evaluation psychiatrique

L'entrée dans le protocole se fait par validation du psychiatre, après une phase d'observation de deux ans (durée définie dans la CIM pour authentifier de la persistance de la demande de réassignation). Plus que le diagnostic positif de "transsexualisme", il s'agit surtout d'éliminer les diagnostics différentiels prenant le masque d'une demande de "changement de sexe", dont la schizophrénie, certains état délirants, le transvestisme fétichiste, etc. Par ailleurs, la tâche du psychiatre consiste aussi à évaluer les attentes des candidats, parfois irréalistes, et les ressources des patients qui devront être capables de réintégrer la société dans leur

nouveau genre, ce qui ne va pas toujours de soi. Une sélection précise et responsable est nécessaire pour éviter le risque de **regret** ou de **détransition** qui pourraient mener au suicide. Cette évaluation, qui est indiscutablement nécessaire, est remise en cause par les associations trans qui souhaitent une prise en charge dépsychiatisée.

Epreuve de vie réelle

L'**épreuve de vie réelle** (*Real Life Test*) demande aux patients candidats aux étapes suivantes de la transformation corporelle de se mettre en situation de vie réelle dans le genre de destination. Cela permet de rectifier les attentes irréalistes et de préciser les difficultés prévisibles des patients, tant personnelles que professionnelles. Le principe de l'obligation de devoir faire ce test avant tout début de modification corporelle, notamment avant l'introduction d'un traitement hormonal, est remis en question par les associations d'usagers.

Il s'agit en effet d'une injonction qui peut se révéler fort dangereuse pour des patients qui n'auraient pas le *passing* (capacité à être reconnue en tant que personne d'un autre genre) minimum permettant de vivre en sécurité dans l'espace public, en tant que nouveau membre du genre ressenti.

Réunion de concertation pluridisciplinaire 1 : éligibilité au traitement hormonal

La *première réunion de concertation (RCP)* réunit le psychiatre, l'endocrinologue et le chirurgien (plasticien, urologue, etc.). L'enjeu est d'autoriser ou non l'accès au traitement hormonal féminisant ou masculinisant. Le psychiatre établit le diagnostic de dysphorie de genre/transsexualisme, élimine les contre-indications psychiatriques à la réassignation et rend compte de son évaluation de la capacité des patients à bénéficier d'une réassignation médicale. Habituellement, l'endocrinologue a effectué le premier bilan clinique et biologique permettant d'éliminer les contre-indications médicales à l'instauration d'un traitement hormonal.

A l'issue de cette RCP, il peut être proposé aux patients de prolonger la période d'observation (état psychiatrique non stabilisé, comorbidités nécessitant une expertise complémentaire plus longue, diagnostic incertain, etc.) ou de commencer le traitement hormonal.

L'objectif du traitement hormonal est de supprimer les hormones sexuelles natives (et/ou leurs effets périphériques) et d'instaurer un traitement hormonal substitutif dans le genre de destination. Le tout doit se faire progressivement en observant, cliniquement et biologiquement, la disparition des caractères sexuels secondaires du sexe de départ, l'apparition des caractères sexuels secondaires de destination et l'absence d'effets indésirables. L'accès à l'hormonothérapie nécessite la signature d'un **consentement libre et éclairé**.

Traitement hormonal féminisant (THF)

Le THF comprend une suppression de la sécrétion de la testostérone +/- blocage de ses effets périphériques. On commence par administrer un

antiandrogène (spironolactone aux USA, cyprotérone en Europe et plus particulièrement en France) puis on administre des doses croissantes de 17- β -œstradiol jusqu'à obtenir une féminisation satisfaisante **pour la personne**. Les doses d'œstrogènes utilisées correspondent au traitement hormonal des femmes cisgenres ménopausées et les taux sanguins mesurés doivent demeurer physiologiques. Lorsque la patiente souhaite (et peut) recourir à la chirurgie (pénectomie, orchidectomie), l'antiandrogène est arrêté en postopératoire et les doses d'œstrogènes peuvent souvent être abaissées. Selon le caractère sexuel considéré, la transformation apparaît dès 3 mois (modification de la qualité de la peau) mais peut prendre jusqu'à 2-3 ans (poussée mammaire).

Traitement hormonal masculinisant (THM)

Le THM comprend une suppression de la sécrétion d'œstrogènes. Lorsque les menstruations sont à l'origine d'une dysphorie importante, un progestatif peut être administré. La masculinisation est obtenue par l'injection de testostérone. Les doses administrées correspondent à celles préconisées chez les hommes cisgenres hypogonadiques. La posologie est adaptée aux signes cliniques de virilisation et à la testostéronémie. L'apparition des signes de masculinisation varient entre 3 mois (naissance de la barbe) et 1 an (modification de la voix jusqu'à stabilisation).

Traitement hormonal des enfants et adolescents

Pour les enfants et les adolescents, le principe est de donner du temps aux patients pour prendre une décision adaptée, consentie et éclairée. Pour cela, on administre en milieu spécialisé, des bloqueurs de puberté sous forme d'agonistes de la GnRH. Le moment venu, une puberté est induite dans le genre de destination. Lorsque la dysphorie de genre est fixée et particulièrement invalidante, l'enfant peut entamer une transition sociale avant la transition médicale.

Réunion de concertation pluridisciplinaire 2 : éligibilité au traitement chirurgical

Lorsque la dysphorie persiste sous traitement hormonal et que les patients demandent le recours à la chirurgie, la commission médicale tripartite doit se réunir une seconde fois afin d'examiner l'éligibilité des patients à la réassignation sexuelle chirurgicale. De la même façon, le psychiatre évalue les chances de succès, la préparation du sujet et sa capacité à surmonter les éventuelles complications chirurgicales. Les conséquences du refus d'intervenir doivent aussi être envisagées. Le chirurgien doit avoir rencontré le(la) patient(e) afin de définir les besoins et objectifs, d'exposer les techniques envisageables avec leurs bénéfices et leurs inconvénients. Le **consentement libre et éclairé** doit être recueilli par écrit. Cette étape est la seule qui soit considérée comme complètement irréversible.

Réassignation sexuelle MtF.

La technique la plus utilisée est l'inversion de peau pénienne. Après orchidectomie bilatérale et évidement des corps spongieux et caverneux, la peau est inversée en doigt de gant et tapisse une cavité créée par le chirurgien entre la vessie en avant et le rectum en arrière (**néovagin**). Le prépuce et le scrotum sont utilisés pour modeler les petites lèvres. Un morceau du gland dorsal est utilisé pour construire le **néoclitoris**. Si la quantité de peau nécessaire pour construire le néovagin n'est pas suffisante, un lambeau cutané peut être réalisé à partir de la cuisse. Une autre technique consiste à utiliser un morceau de côlon pour confectionner le néovagin. A noter, la prostatectomie ne fait habituellement pas partie de la procédure. Les femmes trans opérées restent donc à risque de cancer de la prostate et doivent donc bénéficier du même dispositif de dépistage que pour les hommes cisgenres.

Réassignation sexuelle FtM.

Deux techniques opératoires peuvent être proposées aux hommes trans souhaitant recourir à la chirurgie, qui reste minoritaire du fait de la lourdeur de la chirurgie et de la fréquence des complications : la **phalloplastie** et la **métoidioplastie**. La première consiste à constituer un lambeau musculo-cutané radial qui sera secondairement tubulisé pour former un **néopénis**. Une prothèse prolonge l'urètre. Un an après la première

chirurgie, l'implantation d'une prothèse pénienne peut apporter une érection. La seconde, plus récente, consiste à utiliser le développement clitoridien obtenu par imprégnation de testostérone. La base du clitoris est détachée de l'os pelvien, ce qui permet d'obtenir un néopénis. Les grandes lèvres sont suturées et l'urètre est dévié, permettant aux hommes trans d'uriner debout.

Changement d'Etat Civil

Historiquement, la chirurgie génitale (avec stérilisation) permettait seule d'accéder à des papiers d'identité conformes à la présentation des personnes. Si, en France, ce n'est plus le cas depuis la promulgation de la loi de modernisation de la justice du XXI^{ème} siècle, cela reste encore le cas dans de nombreux pays.

Évolution

Aujourd'hui, ce protocole est controversé, en partie par les associations, en partie par la WPATH. En France, les structures susceptibles d'accueillir les personnes en questionnement de genre ne sont pas assez nombreuses pour répondre à la demande croissante et très peu de praticiens sont formés pour les prendre en charge en ambulatoire. Les équipes hospitalières semblent amorcer un changement de paradigme qui les conduira à observer les recommandations et la philosophie de la WPATH. Certains n'hésitent plus à prescrire un traitement hormonal avant que les patients n'aient commencé leur test de vie réelle. Cela peut, dans un premier temps, soulager la dysphorie des patients puis leur donner plus de confiance pour opérer leur changement de présentation.

Diagnostic

Le diagnostic positif d'**incongruence de genre** repose sur l'inadéquation entre le sexe assigné à la naissance et l'identité de genre ressentie par le sujet. Elle peut être, ou non, assortie à une dysphorie de genre. La demande de modifications corporelles est un élément qui a longtemps été perçu comme central dans la demande de réassignation. Enfin, il doit y avoir un retentissement fonctionnel suffisant pour justifier la prise de risques liés à l'introduction d'une hormonothérapie à vie et une chirurgie irréversible pouvant mettre en jeu le pronostic de fertilité. Les critères diagnostiques sont énumérés dans la CIM-11 (incongruence de genre) et le DSM-5 (dysphorie de genre).

Place du médecin généraliste

Suivi longitudinal

Le médecin généraliste est le plus souvent le médecin traitant des patients. La transversalité de sa discipline en fait la pierre angulaire de l'accès des patients au système de soins. Malgré leurs besoins en santé, les personnes transidentitaires n'utilisent pas le système de soins à moins qu'elles y soient contraintes. Par ailleurs, l'infection par le VIH est particulièrement présente dans cette population, ce qui fait de la prise en charge un enjeu de santé publique. Connaître l'environnement social, familial et professionnel des patients fait du médecin généraliste une ressource précieuse pour les professionnels des équipes de genre. Par la confiance qu'il a su instaurer avec ses patients, le médecin généraliste peut être la seule porte d'entrée dans le "dispositif transgenre" pour nombre de patients.

Coordination

Une fois la personne prise en charge par une équipe pluridisciplinaire, le médecin généraliste peut demander l'ouverture des droits en Affection Longue Durée (ALD) et coordonner les échanges entre les différents intervenants : psychiatre, endocrinologue, dermatologue, chirurgien(s), orthophonistes, etc. C'est une place essentielle qui doit être investie de façon volontaire. En cas de chirurgie, la surveillance des patients peut être confiée au médecin généraliste afin de déceler de façon précoce, toute complication qu'il saura adresser au chirurgien sans retard délétère.

Formation des internes

De nombreuses publications internationales font état d'un manque d'exposition de tous les étudiants en santé aux patients transgenres. La conséquence de cette sous-exposition est un manque d'informations pertinentes pour la prise en charge des patients et un manque de confiance en soi des futurs professionnels. La formation devrait comprendre les principaux termes du vocabulaire LGBTQI et les principaux concepts de l'identité de genre, du rôle de genre, etc. La formation aux principaux éléments de la médecine transgenre se montre profitable à la fois pour les patients et les soignants.

Comment être ou devenir un médecin respectueux des personnes trans... en pratique

Recevoir et prendre en charge une personne transidentitaire exige que le praticien soit lui-même au clair avec sa propre identité sexuée. Les questionnements de genre soulevés par les personnes trans ou susceptibles de l'être peuvent en effet être très déstabilisants pour le médecin. Une relation d'aide basée sur le respect mutuel, la loyauté et la confiance est nécessaire pour avancer dans l'exploration de la problématique offerte par les patients. Quelques règles de bon sens suffisent le plus souvent pour accompagner les personnes trans de façon respectueuse. Elles mettent en jeu l'ensemble des professionnels de santé : secrétaires, infirmiers(ères), laborantin(e)s, etc.



Quelle que soit son apparence, une personne se revendiquant femme doit être appelée (reconnue et respectée en tant que) femme et des pronoms féminins doivent être employés. De la même façon, une personne s'affirmant homme doit être appelée (reconnue et respectée en tant que) homme et des pronoms masculins doivent être employés. Parfois, en début de cheminement, la présentation peut être difficilement "convaincante" (passing) et un effort intellectuel peut être nécessaire au praticien mais c'est le respect et l'empathie qui

sont en jeu. Si l'identification est difficile, on peut appeler un(e) patient(e) en salle d'attente par monsieur ou madame untel, c'est toujours moins difficile que d'être **mégenré(e)**. Si le praticien ne sait pas comment nommer la personne ni quels pronoms doivent être appliqués, il est toujours possible de le demander directement, avec tact, à la **personne concernée**. Enfin, dans tous les cas, il faut éviter les jugements et pratiquer la bienveillance conforme à l'esprit du *Serment d'Hippocrate*.

Conclusion

La médecine transgenre est une médecine de haut vol qui demande une grande humilité et une certaine sensibilité de la part du praticien. C'est une médecine expérimentale pour laquelle les études robustes restent encore nécessaires pour répondre à des questions essentielles. Mais c'est aussi une occasion unique d'accompagner des personnes qui, pour certaines, échappent au suicide pour enfin commencer à exister vraiment, au grand jour, dans un genre autant ressenti que subit.

Dr Corinne HAMEL
Médecin généraliste
Association Psycom

Cet article fait suite à l'atelier pratique animé par le Dr Corinne Hamel lors de l'édition 2019 du Congrès des Jeunes Médecins Généralistes.



Gynépsy et le Grenelle de la lutte contre la violence conjugale

Les contextes social et sociétal dans lesquels les violences, majoritairement à l'encontre des femmes, continuent de se perpétuer, nous obligent urgemment, individuellement et collectivement à agir davantage aujourd'hui, et encore plus en profondeur sur les différents angles de cette "problématique" parfois mortelle, mais toujours destructrice sur le long terme.

L'Association Psychanalytique Gynépsy, de par son engagement et son action auprès des femmes en souffrance a été conviée à participer au "Grenelle de la lutte contre les violences conjugales" organisé par le Gouvernement. Constituée de professionnels investis dans la "cause des femmes" depuis de nombreuses années, Gynépsy apporte son expertise clinique de la psychanalyse au sein de différents groupes de travail afin de faire progresser cette question.

Au-delà de cette conjoncture, les personnes – les femmes en l'occurrence – qui ne vont "pas bien", pour qui "ça ne tourne pas rond" s'orientent dans un premier temps et tout naturellement vers leur médecin généraliste, avec leurs "symptômes", tant physiques que psychiques. Parfois, ces personnes en demande d'aide, sont dans une sollicitation "déguisée", pas toujours bien adressée, située dans et au-delà de la médecine. Parfois, la réponse proposée n'est pas toujours bien "adaptée" non plus, trop médicalisée d'un côté, ou trop exclusivement "psychologisée" de l'autre. La charge toujours plus importante des médecins généralistes est également un facteur majeur qui ne leur permet pas toujours de prendre le temps d'écouter et de détecter la souffrance qui se cache derrière un rendez-vous pris.

Toutes les études, qu'elles soient médicales, épidémiologiques, sociétales (...), mettent en évidence la prévalence d'un "mal-être" en France

et plus particulièrement dans les grandes villes. En effet, une personne sur cinq est touchée¹ par ce mal (toutes catégories sociales et tous âges confondus).



Ce mal se présente comme la conséquence logique et dépressiogène du système "d'élevage" des enfants, de l'éducation en famille et à l'école, plus tard des pratiques inhumaines du monde du travail, de la répression maladroite des pulsions et du désir par la vie en société et de la promotion de certaines valeurs morales, pour autant non respectées par ceux et celles qui les promeuvent. Toutes les études montrent, en outre, que les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes par ce mal-être endémique.

¹ Étude épidémiologique ESEMed/MHEDEA publiée en 2005.

Par ailleurs, "chaque année on compte en France 200 000 tentatives de suicide et 10 500 décès par suicide. Sans compter que ces chiffres sont forcément sous-évalués, tant le tabou en la matière est grand. Aujourd'hui les personnes en souffrance psychologique sont dans le déni : 80 à 90 % des personnes qui se suicident sont allées consulter un médecin, mais pour tout autre chose... Elles n'ont pas pu ou osé se confier. Ressentir un mal-être ou évoquer le suicide est encore associé à une faiblesse, alors les personnes en souffrance n'en parlent pas, jusqu'au jour décisif..."².

Nous en sommes là, dans une Société conformiste, qui pousse à l'uniformisation et à la normalisation, le mal-être est un "*aveu de faiblesse*" que nous ne sommes pas préparés à appréhender et à écouter. La "*peur*" consciente ou inconsciente, de lâcher prise, d'être exclu d'une certaine forme de réussite affichée dans les différents groupes sociaux (personnels ou professionnels) pousse inévitablement à cacher, à taire cet état de mal-être.

Qu'entendons-nous par mal-être ? Il s'agit de toutes formes de dépression, troubles anxieux, angoisses, états de panique, phobies, états pré-psychotiques (...), que nous ne maîtrisons plus vraiment et qui deviennent envahissants au point de nous gâcher la vie, qui poussent aux addictions de toutes sortes. Il arrive que "nos proches ne comprennent pas toujours cette souffrance qui ne relève pas d'une anomalie observable ou d'un problème concret"³. Parfois aussi, une séparation, des difficultés financières, des comportements addictifs, l'annonce d'une maladie grave, les agressions sexuelles (passées ou actuelles), le deuil d'une personne proche, l'isolement, la difficulté de vivre (...), sont à l'origine d'*états dépressifs* et *anxiogènes*.

"Nous savons bien que l'anxiété ne peut s'expliquer uniquement par la biologie et l'hérédité. Il y a aussi des causes psychologiques comme les événements de l'enfance, l'éducation et le vécu qui ont forgé notre personnalité"³. Le recours aux différents psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs et neuroleptiques) peut temporairement soulager les sentiments d'angoisse ou d'effroi, ces correcteurs de l'humeur sont, mais ne sont que des béquilles. Lorsque ceux-ci deviennent trop douloureux ou tétanisants, "il faut cependant limiter la prescription des traitements médicamenteux à l'apaisement des symptômes [les plus éprouvants], sans considérer que c'est une fin en soi. Il faut s'engager dans un autre traitement qui implique un *engagement personnel*"³.

Cet engagement personnel, c'est-à-dire *subjectif* nécessite que le *sujet*, ici *une femme*, s'adresse à un autre, pour cela elle doit reconnaître qu'elle ne peut se suffire à elle-même dans l'état où elle se trouve. Mais elle a du mal à le reconnaître et du mal aussi à rencontrer un professionnel, à s'adresser à un autre, sans gêne, sans honte, sans culpabilité. Du mal encore à accorder sa confiance à l'autre, elle qui justement, n'a déjà plus confiance en elle-même depuis si longtemps.



² Karine Chevreul, chercheuse, unité 1123 Inserm/Université Paris Diderot-Paris7, *Magazine Science & santé* n°39 (janvier/février 2018).

³ Dr Dominique Servant, psychiatre, responsable de l'unité stress et anxiété du CHRU de Lille-2, Extrait de "*Se libérer de l'anxiété et des phobies en 100 questions*", éd. Tallandier, 2018.

Les missions et les actions de l'association



Gynépsy (association loi 1901, à but non lucratif – ne demandant aucune subvention – est entièrement **dédiée aux femmes** et aux souffrances qu'elles peuvent parfois vivre au cours de leur vie. Gynépsy a été créée dans un élan de solidarité et d'humanité vis-à-vis de ces femmes qui se trouvent en difficulté, trop souvent entravées dans leurs parcours de vie...

Dans une démarche engagée et responsable à l'égard des femmes, **Gynépsy accueille, écoute et oriente – gratuitement – et à Paris**, toute femme en souffrance psychique (que la cause soit identifiée ou non). La personne est reçue en première intention par un(e) psychanalyste, puis orientée là où sa question sera le mieux traitée et selon ses besoins : dans les domaines médical, juridique et "psy". Considérant que chaque demande d'entretien peut potentiellement être une "urgence", Gynépsy s'engage également à y répondre dans un **délai de 24 à 48h**.

Si vous, médecins généralistes, considérez que l'état, la demande de vos patientes vous semble nécessiter une "**écoute**" particulière et supplémentaire, si la pathologie physiologique décelée/traitée entraîne une souffrance psychique chez vos patientes, contactez Gynépsy ! Vos patientes y seront **accueillies** avec **bienveillance** et **professionnalisme**, et seront **accompagnées** tant qu'elles le souhaiteront, tant qu'elles en ressentiront la nécessité.

Nous venons vers vous, pour vous proposer de nous associer, de contribuer ensemble à une prise en charge multifactorielle de vos patientes si vous jugez que la situation la nécessite et par conséquent, améliorer l'équilibre et la santé tant physique que psychique de ces femmes en souffrance.

Sandra AHMED LALOU, *Chargée de mission*
Jean-Michel LOUKA, *Président-fondateur,*
psychanalyste

Les femmes face au cancer du sein, entre médecine et psychanalyse

Lorsque le diagnostic d'un cancer est posé, quel qu'il soit, il est de toute évidence un **cataclysme**, pour la personne qui le reçoit, ainsi que pour ses proches. Cette déclaration est un point de bascule dans la vie de la personne qui en est atteinte. Il y a indéniablement, un avant et un après. Néanmoins, le **cancer du sein** est spécifique, quasi exclusivement **féminin**, de l'ordre de l'intime, il vient meurtrir, amputer son corps de femme mais également son "statut de femme". Près de soixante mille nouveaux cas de cancer du sein ont été diagnostiqués en 2018 en France métropolitaine. C'est le cancer le plus fréquent chez la femme et celui qui cause le plus de décès¹, malgré les campagnes de dépistage mises en œuvre et l'amélioration constante des thérapeutiques médicales proposées.

Chez une **femme**, chez **toute femme**, le cancer du sein déclenche des bouleversements physiques et psychiques fondamentaux. Au niveau, non seulement de sa "féminité", mais plus encore d'une interrogation sur son "féminin", dimension dont elle se pensait jusqu'alors la dépositaire, de fait, de naissance, par héritage maternel. Le cancer du sein, c'est ce qui fait éclater cette **unité** supposée, imaginaire, illusoire entre **féminité** et **féminin**. Ses seins à elle, uniques, placés en avant de son corps, sont à la même place, dans le schéma corporel du sujet, que le pénis (le phallus) pour un homme. Son sein, ses seins, sa poitrine, pour une femme, c'est, en quelque sorte, son "**phallus**". En ce sens, l'atteinte de ce cancer en son sein, est à considérer avec **singularité** par les médecins.

C'est cette question précisément, du féminin et de la féminité, de son "être femme", au-delà de la sévérité de cette pathologie et du risque létal qu'elle encourt, que le cancer du sein vient faire vaciller chez la femme, voire remettre totalement en cause.

- ⊗ La notion de **féminité** est plus facile à définir, car elle est visible. La féminité est de l'ordre de l'**Imaginaire**, elle est du côté de l'image, de la représentation, du paraître. Elle varie en fonction des cultures (des codes sociaux), de la géographie et de l'histoire, c'est une construction culturelle évolutive.
- ⊗ Alors que le **féminin**, c'est de l'ordre du **Réel**, c'est-à-dire que c'est un impossible à imaginer ou à symboliser, c'est-à-dire encore, **à parler**. Le féminin se situe dans un "hors-mots", un "hors-sens". Le féminin c'est un quelque chose qui, **constamment**, lui fait retour, pour chaque femme (une par une), à partir duquel vient se forger son **propre désir**, d'où naît sa propre définition d'être une femme, son être de parole, son "**parlêtre**".

L'expérience d'un psychanalyste, confronté depuis de nombreuses années (en service hospitalier comme en cabinet) aux femmes souffrant d'un cancer du sein, permet de témoigner au médecin généraliste de toute l'importance qu'il y a pour lui **à coopérer**, avec son "confrère psy".

1 Institut national du cancer : <https://www.e-cancer.fr/>



L'apport du psychanalyste n'étant plus aujourd'hui à démontrer pour les femmes souffrant d'un cancer du sein, cette étroite collaboration entre **médecin** et **psychanalyste** vient alors considérablement améliorer, comme le montre l'expérience, la prise en charge globale de la patiente.

En effet, le cancer du sein, quelle que soit son évolution, nécessite, pour la patiente, d'être accompagnée dans une **intense relation de parole et d'écoute**, afin de ne pas se trouver figée dans son corps malade, réduite à sa pathologie sur laquelle doivent nécessairement se concentrer les médecins. Cette relation se réalise avec une proximité et une présence toutes particulières qui est la **fonction**, par excellence, du **psychanalyste** en ce domaine. Celui-ci soulage d'autant la pratique plus technique de l'oncologue, mais aussi la consultation de l'omnipraticien, en prenant sur lui toute une part de la **dimension humaine**, car pour une femme souffrant d'un cancer du sein, sa vie érotique, son image de compagne/d'épouse et sa fonction de mère sont tout autant perturbées... Il appréhende spécifiquement les **forces inconscientes** à l'œuvre, ainsi que l'abord du tragique sur lequel débouche un jour, peu ou

prou, toute vie humaine. Ces forces sont celles de la "pulsion de mort" de **Thanatos** que nous devons combattre, par quelque chose qui se trouve du côté contraire, appelé depuis Freud, les "pulsions de vie", **Éros**.

Cette **parole** et cette **écoute** vont lui apporter, non pas un "supplément d'âme" comme l'on dit souvent, mais une véritable **présence humaine d'accompagnement** dans cette épreuve si douloureuse. La patiente rencontre qu'elle n'est plus tout à fait **seule** face à son ravage.

Il s'agit pour les **médecins**, et en première intention pour les **généralistes**, d'envisager l'efficacité d'une prise en charge **pluridisciplinaire**. Car, l'accompagnement psychique de la patiente pendant et après cette épreuve est fondamentale, voire vitale dans certains cas. La problématique singulière de chaque patiente, les "**nœuds**" mis en lumière, les **doutes conscients** et **inconscients**, les questions de **vie** et de **mort** que réveille cette maladie doivent être considérés et entendus. Le psychanalyste, par sa formation, est capable de recevoir, de "supporter" la **relation transférentielle** telle qu'elle se présente.

La façon avec laquelle le psychanalyste assume et soutient le **transfert** vient déléster le médecin dans la prise en charge somatique du cancer du sein. Dans la tâche médicale rigoureuse que le médecin a à appréhender et à réaliser, la relation analytique du psychanalyste avec la patiente vient l'affranchir des demandes subjectives de celle-ci.

Nous considérons que le cancer est du domaine de la "perte". Il s'agit de **perdre** et **faire face à la perte**, négocier, tutoyer, affronter, contrecarrer la perte, le **perdre**. Perte de quoi ? C'est sa **position existentielle** de femme qui est en jeu.

Nous accueillons cette question dans le **symbolique**, c'est-à-dire par la **parole**, car la perte est à la fois **réelle** et **imaginaire**. **Réelle**, parce que c'est un **bout**, un morceau, un fragment de corps, un organe investi narcissiquement par la patiente qui est mutilé ou sacrifié. **Imaginaire**, car c'est toute l'**image du corps** qui est abîmée, l'image consciente, mais aussi inconsciente du corps, et cela touche gravement au **schéma corporel**. Suis-je toujours ou encore une femme, se dira-t-elle ?...

Il nous paraît vital et donc urgent, pour chaque patiente, de prendre en compte une certaine dimension que les psychanalystes, depuis Freud, ont nommé l'**Inconscient**. Mettre l'inconscient de son côté, au même titre que le conscient, et ceci pour se porter **du côté de la vie**. Ne pas laisser la pulsion, seule, tout ravager. Ne pas s'en tenir au simple discours conscient, **laisser venir** les éléments de l'inconscient s'exprimer, dire le **désir inconscient** de la patiente, jusqu'à faire face au discours médical objectivant qui vise à la description, à l'évaluation et au protocole thérapeutique pour son ou ses seins malades.

En ce domaine de l'oncologie, le concours de la patiente est indispensable. Obtenir ce concours est de la plus grande importance car, sans lui, rien ne sera possible pour avancer sur ce chemin difficile semé d'embûches. La collaboration médecin généraliste-oncologue-psychanalyste, permet de soigner au mieux la femme atteinte d'un cancer du sein en renforçant la **confiance**

que la patiente peut avoir en l'**Autre**. C'est-à-dire, finalement en **elle-même** soutenue par **ces autres**, ces professionnels qui s'engagent avec elle dans cette épreuve. Il s'agit entre autres, d'une **"re-narcissisation"** bien comprise, nécessaire pour soutenir son image du corps abîmé et ainsi contribuer à améliorer grandement, à terme, son état **physique** et **psychique**.

La patiente ne se réduit pas à son corps, c'est un **sujet**, un **sujet-femme**, une **personne globale**, entière **corps-psyché** réunis, qui s'inscrit dans une histoire complexe. Une femme ne saurait donc se réduire à "ce sein malade", celui que soignent ses médecins. Plus, elle ne le doit pas, non seulement pour **faire face** aux effets secondaires des thérapies médicamenteuses, mais aussi, et surtout, aux traumatismes du traitement chirurgical (mastectomie partielle ou totale), même lorsque celui-ci est suivi d'une chirurgie reconstructrice et réparatrice.

Faire face, encore, à l'**angoisse spécifique** d'un corps diminué, mutilé que relance notamment, parfois, la récurrence de la maladie. Mais aussi pour soutenir d'une part et, étayer d'autre part les **"forces créatrices"**, telles celles qui génèrent des changements profonds dans le mode de vie : l'attention accordée à l'essentiel d'une vie, le rapport à la famille et au travail, les amours, les enfants etc., qui, à l'occasion de cette atteinte toujours potentiellement mortelle, peuvent se faire jour et auxquelles nous nous devons d'être des plus **attentifs** et **accueillants**...

Il faut prendre conscience que cette épreuve peut encore donner lieu, dans l'accompagnement, paradoxalement, à un **regain** de la vie psychique. La rencontre du psychanalyste avec la patiente peut faire émerger la question récurrente du **désir** – **désir de vivre**, d'**aimer**, d'**être aimée**, **désir d'exister**, **désir sexuel** aussi –, et spécifiquement celle de sa **relance**. Le psychanalyste met en œuvre, avec la patiente, quatre actions cruciales : **susciter**, **aider**, **accompagner** et **participer**.

- ② Susciter des énergies nouvelles. Étonnamment, ouvrir des perspectives. Et ce mouvement, pour s'affirmer, a besoin d'être accompagné et soutenu par un psychanalyste. Il a, lui, tout le **temps** qui manque habituellement au médecin au niveau de sa consultation. Il prend le **temps**, ce temps à répétition des séances qu'il faut pour que la parole du **sujet-femme** se déploie.
- ② L'aider à **tenir bon** face à la maladie en conservant cette faculté d'**espoir**, de **curiosité**, d'intérêt pour **la rencontre** qui lui permet de rester psychiquement vivante tout au long de celle-ci.
- ② **L'accompagner** dans les profonds remaniements psychiques qu'induit souvent le cancer du triple fait : des **enjeux vitaux**, qui se rappellent toujours quand on les oublie ; du bouleversement des **repères habituels**, les plus difficiles à compenser ; et des **multiples pertes** auxquelles se confronte la patiente, dans la **colère** parfois, le **déni**, mais aussi dans un **effondrement**, dans la **détresse sans nom** d'une **dépression psychique majeure**.
- ② Participer par l'écoute et la parole à son questionnement, à sa recherche concernant la place et le sens de sa maladie dans son histoire et dans sa **vie**. La "féminité" et le "féminin" sont en elle profondément atteints, la première (imaginaire, historique, culturelle) n'étant pas synonyme de la seconde (réelle)...



Il s'agit, radicalement et finalement, d'entendre avec bienveillance et attention la solitude qu'elle traverse dans son être et de la reconstruction complète de son être féminin, car c'est aussi une épreuve redoutable qui se situe avec et au-delà de la prise en charge médicale.

Faire collaborer la patiente, le médecin et le psychanalyste, c'est **engager** un **combat multifactoriel** qui doit être nécessairement proposé pendant et après le traitement médical et/ou chirurgical. Car, il est indéniable que toutes les femmes souffrant d'un cancer du sein ont une difficulté incommensurable **à parler** à leurs proches (par pudeur, pour les protéger...), à parler de leurs **angoisses insondables**, de leur **intimité**, de leur **sexualité**. C'est-à-dire de toutes choses de la vie tant remises en cause par cette affection si particulière pour une femme et pour ce qu'elle y engage.

Sandra AHMED LALOU, *Chargée de mission*
Jean-Michel LOUKA, *Président-fondateur, psychanalyste*
Association Gynepsy

Vaccins contre la grippe : La polémique de 2018 rebondit en 2019

Communiqué de presse du SNJMG le 15 octobre 2019

L'année dernière, et pour la première fois en France, des vaccins quadrivalents contre la grippe saisonnière bénéficiaient d'une AMM et d'une prise en charge par l'Assurance maladie. Mais le Syndicat National des Jeunes médecins Généralistes (SNJMG) avait révélé que cette nouveauté était entachée de plusieurs problèmes (1).

Outre l'incongruité de trouver, parmi les vaccins proposés, un vaccin non autorisé pour les mineurs, le SNJMG dénonçait le recours forcé aux vaccins quadrivalents :

D'une part, ni le Haut Conseil de la Santé Publique (2) ni la Haute Autorité de Santé (3) ne trouvaient de raison scientifique justifiant de privilégier les quadrivalents par rapport au trivalents.

D'autre part, le seul vaccin trivalent théoriquement disponible en France ne l'était pas en pratique. Or, les vaccins quadrivalents coûtaient près de deux fois plus chers pour la collectivité !

Interpellée par le SNJMG, la ministre de la Santé, Mme Agnes Buzyn, ne s'est jamais exprimée sur la question... sauf une fois sur France Inter en faisant un pari sur l'avenir : « je pense que les recommandations vont évoluer ».

Mais, l'épidémie de gripes et syndromes grippaux de l'année dernière n'a pas apporté d'éléments nouveaux et la Haute Autorité de Santé a confirmé à l'été 2019 (4) qu'en « l'absence de données d'efficacité clinique, (le vaccin quadrivalent) INFLUVAC TETRA n'apporte

pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V), chez les enfants âgés de 3 à 17 ans pour lesquels la vaccination est recommandée, par rapport aux autres vaccins inactivés disponibles indiqués dans cette population » et elle n'est pas revenu sur ses avis de l'année dernière.

C'est dans ce contexte, que la campagne de vaccination 2019 s'ouvre en France avec 2 vaccins quadrivalents et 1 vaccin trivalent.

Or, selon nos retours auprès de l'Assurance Maladie et de différents pharmaciens, le vaccin trivalent ne sera pas plus disponible cette année que l'année dernière et les vaccins quadrivalents coûtent toujours près du double que les trivalents !

Le SNJMG renouvelle donc son interpellation de la ministre de la Santé :

- Pourquoi faire croire encore une fois à la fable d'un vaccin trivalent disponible ?
- Pourquoi imposer de facto des vaccins deux fois plus chers sans, pour l'instant, la moindre justification scientifique (5) ?

Alors que dans le PLFSS2020, la ministre de la Santé promet de « favoriser la pertinence et l'efficacité des actes, prestations et prescriptions », il serait étonnant qu'elle reste muette sur ce manque de pertinence concernant les vaccins contre la grippe.

NB : le SNJMG a publié sur son site Internet une **fiche pratique** sur la vaccination contre la grippe à destination des (jeunes) médecins généralistes.

Contact presse : Dr Sayaka Oguchi – presidente@snjmg.org – 07.61.99.39.22

La contraception masculine

Depuis la crise de la pilule débutée en 2013, de plus en plus de femmes sont déterminées à ce que leurs difficultés en matière de contraception soient prises en considération, tant par leurs partenaires que par les professionnel·le.s de santé qu'elles consultent. Refusant pour la plupart de recourir plus longtemps aux méthodes hormonales, elles se sont tournées vers le DIU au cuivre ou la symptothermie pour les plus aisées et vers le préservatif ou le retrait pour les autres. Mais chaque méthode a ses contraintes et il arrive que plus aucune ne semble pouvoir convenir, créant un sentiment de précarité contraceptive.

Dans le même temps, un réseau associatif s'est mis en place pour que les hommes puissent également disposer d'un choix plus large de méthodes de contraceptions efficaces.

Historique

La première étape eut lieu en 1977 alors que les femmes venaient d'obtenir encore récemment le droit à la contraception et à l'IVG. ARDECOM, Association pour la Recherche et le DÉveloppement de la Contraception Masculine fut créée par des hommes qui remettaient en question leur rôle de mâles productifs et reproducteurs, stimulés par les réflexions que menaient leurs partenaires - la plupart féministes - sur leur condition de femme. D'une part, ils ont eu connaissance de la méthode hormonale mise au point par le Dr J.-C. Soufir, endocrinologue à l'hôpital Cochin de Paris, qui s'appuyait sur une pilule progestative et un gel de testostérone. Mise au point initialement pour un couple qui se trouvait dans une impasse contraceptive, les membres d'ARDECOM sont allé.e.s rencontrer ce médecin afin d'utiliser eux aussi cette méthode pour des raisons plus politiques. D'autre part, le groupe toulousain s'est penché sur la possibilité de mettre au point une méthode contraceptive basée sur l'augmentation de la température des testicules pour bloquer la spermatogenèse. Parmi eux se trouvait le Dr R. Mieusset, andrologue exerçant à l'hôpital Paule de Viguier de Toulouse. Quand les activités d'ARDECOM se sont mises en sommeil en 1986 entre autres à cause de l'épidémie de SIDA qui a rendu le préservatif incontournable, le Dr Mieusset a poursuivi ses travaux de recherche sur la méthode thermique.

Dynamique associative récente

En 2012, les Drs J.-C. Soufir et R. Mieusset ont publié le livre **La contraception masculine**, ce qui a décidé quelques anciens membres d'ARDECOM à relancer en 2015 les activités de l'association. Un partenariat a rapidement été créé avec le MFPF, Mouvement Français pour le Planning Familial. Au même moment a vu le jour en Bretagne le collectif *Thomas Bouloù*. N'arrivant pas à se procurer des sous-vêtements contraceptifs auprès du Dr Mieusset, ce collectif a appris à en fabriquer et a inventé de nouveaux modèles qui se montrent désormais au moins aussi efficaces et confortables. Du côté des Pyrénées, un utilisateur enthousiaste de la méthode thermique depuis 2016 a rejoint ce réseau et a impulsé la création à Toulouse de l'association GARCON, Groupe d'Action et de Recherche sur la Contraception qui réinvestit les savoirs et savoir-faire acquis et propose d'accompagner la création de groupes similaires dans d'autres villes. Les initiatives se multiplient un peu partout en France et s'exportent doucement à l'étranger. Beaucoup de femmes sont impatientes de voir ces méthodes plus facilement accessibles et de nombreux hommes sont prêts à répondre à cette attente, ce qui crée un terrain très favorable à la dynamique associative.

Méthodes présentées

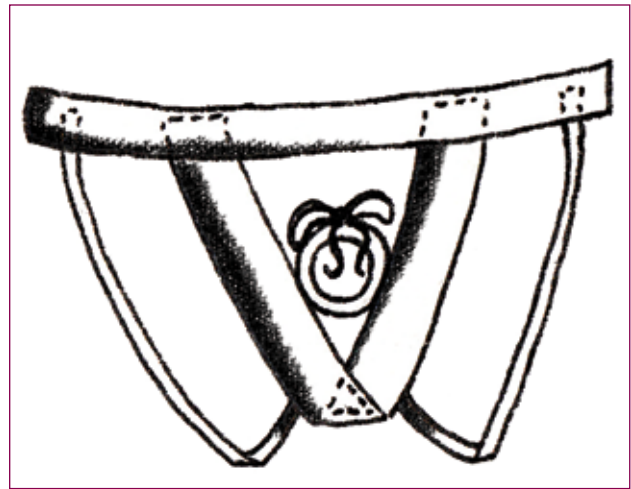
Le réseau ainsi constitué concentre ses efforts sur les méthodes qu'il est déjà possible d'utiliser, bien qu'encore trop peu accessibles, que sont la méthode thermique, la méthode hormonale et la vasectomie. Le préservatif n'ayant pas une efficacité contraceptive très satisfaisante, il est d'abord envisagé comme un moyen de lutter contre la propagation des IST.

Méthode thermique

Les testicules sont situés dans le scrotum afin de maintenir leur température à 34°C. Il suffit d'augmenter cette température de 2°C pendant 15h par jour pour bloquer la spermatogenèse. Les heures d'éveil doivent être privilégiées pour une meilleure efficacité. On utilise différents dispositifs permettant de maintenir les testicules à l'entrée des canaux inguinaux. La méthode ne présente pas d'effets indésirables, elle est réversible et efficace au bout de 3 mois et aussi longtemps qu'on poursuit la cryptorchidie artificielle. Elle a été développée depuis le début des années 80 par le Dr R. Mieusset, andrologue exerçant à l'hôpital Paule de Viguier de Toulouse. Il met en place la formation des médecins et devrait pouvoir prochainement industrialiser la fabrication des sous-vêtements qu'il propose. En description très simplifiée, il s'agit d'un slip au devant duquel se trouve un orifice. On y passe la verge, puis on fait glisser le scrotum pour faire remonter les testicules.

D'autres dispositifs utilisant le même principe ont vu le jour sous l'impulsion d'utilisateurs ne manquant pas d'ingéniosité. Bien qu'ils ne soient pas reconnus par le Dr Mieusset, ils semblent dignes d'intérêt, en substitut ou en complément. Le **jockstrap** créé par le collectif **Thomas Bouloù** a reçu récemment quelques améliorations grâce aux recherches du GARCON. L'orifice par lequel passe la verge est maintenu par des bandes élastiques – ceinture de boxer et bretelle de soutien-gorge – ce qui lui permet de s'adapter à des anatomies très diverses et le rend très facile à fabriquer. Il trouve sa place plus facilement à l'intérieur du sous-vêtement habituel ou même d'un maillot de bain.

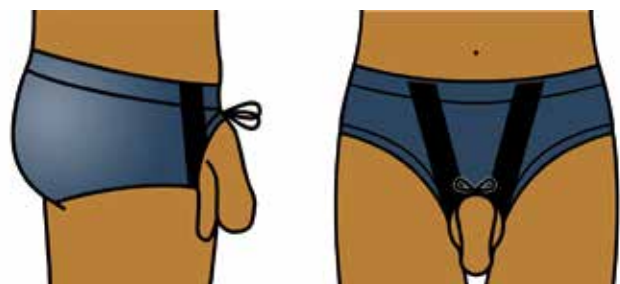
Il semble ainsi pouvoir se substituer avantageusement au dispositif du Dr Mieusset. Il se fabrique avec environ cinq euros de matières premières, en deux heures, sans compétences particulières en couture. Il existe également un anneau en silicone, l'andros witch, qui permet par simple adhérence sur la peau de maintenir les testicules à l'entrée des canaux inguinaux. Celui-ci peut être commandé en cinq tailles sur internet.



Jockstrap

Si certains l'utilisent comme unique dispositif, d'autres observent un léger glissement induit par les mouvements de la marche. Les différences anatomiques modifient l'expérience de chacun. Néanmoins, il présente un réel intérêt pour une utilisation en complément du sous-vêtement.

De la même manière que les femmes disposent de plusieurs dispositifs menstruels pour s'adapter à différents contextes, les utilisateurs de l'anneau l'apprécient au moins pour les premières et les dernières heures de la journée lorsqu'ils sont couchés. Si le dispositif n'a pas fait l'objet d'essais cliniques, le silicone choisi a des propriétés de compatibilité biologique satisfaisantes.



Slip contraceptif

Le manque d'accompagnement médical est sans doute bien plus problématique que l'objet en lui-même. Un autre dispositif disponible sur internet est sans doute bien plus problématique : le spermopause est un boxer intégrant un fil électrique résistif et une batterie. Il permet de chauffer les testicules à 40°C pendant quatre heures, ou à 43°C pendant deux heures. Si on constate bien l'arrêt de la spermatogenèse, on peut craindre les effets à long terme de ce protocole.

Méthode hormonale

L'OMS a validé en 1996 un protocole hormonal qui consiste en l'injection hebdomadaire en intramusculaire profonde de 200mg d'énanthate de testostérone en solution huileuse. Les risques d'effets secondaires sont comparables à ceux des méthodes hormonales proposées aux femmes, à la différence que la libido a plutôt tendance à augmenter, ce qui n'est pas nécessairement plus simple à vivre. Les examens pré-alables et contre-indications sont également assez semblables. Le traitement est en principe limité à 18 mois mais si le bilan biologique ne décèle aucune anomalie, rien ne justifie réellement de l'arrêter. En effet, aucune toxicité de l'énanthate de testostérone n'a été signalée lorsque des hommes hypogonadiques l'utilisent à des doses équivalentes pendant des décennies. On constate qu'environ 15 % des hommes ne répondent pas suffisamment au traitement pour obtenir l'effet contraceptif. Si après un délai de trois mois on ne constate pas un effondrement satisfaisant de la production de spermatozoïdes, on doit envisager une autre méthode. Un délai d'environ trois mois après la dernière injection est suffisant pour retrouver une fertilité normale. Malgré la validation de cette méthode par l'OMS, l'énanthate de testostérone ne dispose pas d'AMM pour cet usage en France. Chaque dose injectable coûte 9 € et ne peut être transportée dans les bagages lors des déplacements en avion, la substance étant considérée comme dopante. Le Dr J.-C. Soufir, endocrinologue à l'hôpital Cochin de Paris, assure la

formation des médecins qui souhaitent être en mesure de la prescrire. Dans les années 80, il prescrivait déjà une méthode hormonale utilisant pilule progestative et gel de testostérone.



Vasectomie

Largement pratiquée en Grande-Bretagne ou au Québec depuis le milieu des années 70, la vasectomie a démontré son intérêt. Alors que plus d'un québécois sur cinq y a recours, elle reste marginale en France. La situation est toutefois en train d'évoluer : 1880 interventions en 2010, 9240 en 2018, soit près de cinq fois plus.

Les français qui l'envisagent doivent pourtant encore trop souvent faire face aux réticences de professionnel-le-s de santé qui admettent difficilement qu'une méthode de contraception puisse être définitive. La loi du 4 juillet 2001 fournit une réponse claire puisqu'elle encadre la stérilisation à visée contraceptive. La crainte d'un éventuel regret pousse certain-e-s professionnel-le-s à refuser cette intervention à des patients qu'ils estiment trop jeunes ou qui n'ont pas procréé. Un entretien avec un psychologue ou même la participation du conjoint ou de la conjointe à la consultation sont parfois exigés. S'autorise-t-on autant d'ingérence lorsqu'il s'agit de procréer ? Si la loi de 2001 pose quelques conditions pour accéder à la stérilisation, elle ne garantit finalement aucun droit à y accéder pour ceux qui les remplissent et n'empêchent pas les praticien-ne-s d'ajouter leurs propres conditions. Ce n'est pas davantage acceptable pour la stérilisation que pour l'IVG.

Enjeux

L'intérêt des méthodes de contraception masculines ne se limite pas au partage de la charge contraceptive. Certes, il est nécessaire de répondre aux exigences des femmes qui ne veulent plus subir silencieusement les contraintes d'une contraception qui les rend sexuellement disponibles pour leurs partenaires. Mais les enjeux liés à l'égalité entre les sexes ne se limitent pas à cet aspect. Le développement de la contraception masculine permet aux hommes de se responsabiliser sur leur éventuelle parentalité. Pour le moment, ils s'en remettent à leurs partenaires, quitte à renforcer encore l'oppression qu'ils exercent sur elles pour qu'elles continuent à prendre la pilule, se fassent poser un DIU ou pour qu'elles se dépêchent d'avorter en cas de grossesse imprévue. Ainsi, les méthodes de contraception masculines n'ont pas vocation à se substituer aux méthodes féminines. Elles doivent plutôt être envisagées comme des méthodes complémentaires.

Sur le plan humanitaire, rappelons que près de la moitié des grossesses dans le monde ne sont pas désirées et qu'elles aggravent la pauvreté des populations les plus démunies.

La stérilisation est la première méthode de contraception utilisée par les femmes. Les méthodes hormonales ou le DIU peuvent être difficiles d'accès pour les populations subissant la précarité. La vasectomie et la méthode thermique sont faciles à mettre en œuvre, peu onéreuses et peuvent ainsi être utilisées même par les personnes très éloignées des structures de santé.



Le rôle des médecins généralistes

Les méthodes réversibles évoquées précédemment nécessitent la réalisation de quelques examens préalables qui font partie des compétences des médecins généralistes, ainsi que la prescription et l'interprétation des spermogrammes permettant de vérifier l'oligospermie.

Les Drs Soufir et Mieusset organisent une à deux formations par an à Paris. Le syndicat MG France commence à proposer des modules de sensibilisation à ces méthodes et il est souhaitable que tous les organismes de formation en fassent autant. Le réseau associatif met à disposition les connaissances acquises et compétences développées dans ce domaine et souhaite participer activement à la mise en place de ces formations pour que l'accompagnement médical soit adapté aux besoins des usagers.

En ce qui concerne la vasectomie, si en France toutes les médecins généralistes ne tentent pas de dissuader un patient qui envisage d'y avoir recours, il est extrêmement rare qu'il-elle-s prennent l'initiative de proposer cette solution.

En Grande-Bretagne, toute adolescente qui vient en consultation pour une première contraception reçoit obligatoirement une information neutre sur l'ensemble des méthodes existantes, même la vasectomie pour qu'elle puisse un jour en parler avec son partenaire. La pratique médicale influence nécessairement celle de leurs patients.

Erwan TAVERNE

*Acteur associatif et utilisateur
de la méthode thermique*

boulocho@free.fr | 06 51 57 18 53

Pour aller plus loin :

- garcon.link
- www.contraceptionmasculine.fr

RETOUR SUR ERREUR

Vous avez été plusieurs, comme nous même et les autres intervenants du dossier, à vous étonner de l'oubli du nom de l'auteur de l'article Choix du précédent numéro, le docteur Sophie Guyomard. La même erreur s'est produite avec l'article Palliadic.com du docteur Juliette Créange et du docteur Marie Desesquelles. Le SNJMG reconnaît sa responsabilité dans ce "loupé" et c'est logiquement qu'il présente ses excuses auprès de son lectorat.

Conséquence pratique : Afin que ce type de "loupé" ne se reproduise plus, le SNJMG souhaite constituer une équipe de rédaction du Jeune MG qui ne s'occuperait que de cette tâche au sein du syndicat. Aussi, si ce projet vous intéresse (rappel : la revue Jeune MG est trimestrielle), n'hésitez pas à contacter notre secrétariat à l'adresse courriel : info@snjmg.org. Nous vous accueillons les bras ouverts !

Snjmg

GARDER CONTACT - ADHERER

www.snjmg.org
Tél. 07 71 05 13 81
N'hésitez pas, nous sommes là pour ça !



Retrouvez toutes nos actualités et communiqués sur le site

snjmg.org



ANNONCES DE RECRUTEMENT



La ville de Nogent-sur-Oise recrute

2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES salariés

La commune de Nogent-sur-Oise, située en région Hauts-de-France, est la quatrième ville du département de l'Oise avec environ 20 000 habitants. Située aux portes de Paris et à moins d'une heure en train, c'est une ville attrayante disposant de nombreux atouts avec des équipements publics de qualité, de nombreux commerces, une vie associative, sportive et culturelle dense et un tissu économique dynamique.



Pour répondre aux besoins de ses habitants en matière d'offres de soins, la municipalité a fait le choix de créer un centre de santé avec une ouverture prévue en février 2020.

La ville de Nogent-sur-Oise recrute 2 médecins généralistes salariés à temps complet pour l'ouverture de son centre municipal de santé.

Le centre de santé sera situé en centre-ville. Il offrira un cadre de travail agréable avec des locaux rénovés et adaptés entièrement aménagés et accessibles (praticiens salariés avec un travail en équipe). Les tâches administratives seront déléguées à deux secrétaires. Des réunions de coordination pluri-professionnelles seront programmées.

Docteur en médecine, inscrit à l'Ordre des Médecins et autorisé à l'exercice de la médecine générale (qualités relationnelles vous permettant d'accueillir tous types de publics). Travail en équipe et en réseau ; adhésion au projet de santé ; titulaire du permis B. Salaire mensuel net entre 5 000€/6 000€ avec une rémunération statutaire basée sur la grille indiciaire de Praticien Hospitalier et en fonction de la qualification et l'expérience professionnelles. Véhicule de service.



Pour toute candidature, contacter le CCAS de Nogent-sur-Oise
au **03 44 66 41 23**
mairie@nogentsuroise.fr
www.nogentsuroise.fr

Ou directement Monsieur Philippe SANCHEZ,
Directeur Général Adjoint des Services en charge des affaires sociales et des solidarités au **06 18 41 96 17**
p.sanchez@nogent-sur-oise.fr

FLORE

MSP à Voisins-le-Bretonneux (78) au cœur du territoire de Saint Quentin en Yvelines. comprenant une Pharmacie et une MSP.

Ce projet entièrement financé par la société Flore appelle :

1 ou 2 Jeunes Médecins Généralistes entrepreneuriaux

Motivés pour fonder avec d'autres professionnels, le noyau d'un projet de santé innovant, sur une commune dynamique et en plein renouvellement de ces omnipraticiens.

UNIQUE ce projet est accompagné d'une Medtech Docteur House qui sera l'accompagnateur au montage du dossier et l'exploitant à terme, compris la coordination de la MSP. Ainsi les médecins se consacreront à leur métier et patients.

Les frais de montage sont aussi pris en charge par la société Flore. De fait aucun financement n'est demandé pour structurer la SISA.

Ouverture de la MSP prévue le 1^{er} juin 2021.

N'hésitez plus, entreprenez avec Nous.



Christophe Flotté
Président – 06 69 53 86 78

FLORE sas
40 rue Jules Dumont d'Urville
78960 Voisins-le-Bretonneux
contact@flo-re.fr



LA FONDATION FRANCO-BRITANNIQUE DE SILLERY (RUP) gestionnaire de 11 établissements médico-sociaux (300 salariés) qui accompagnent des personnes en situation de handicap recrute pour 2 de ses établissements, le Centre de Réadaptation Professionnelle et l'Institut Médico Educatif sis 2 et 4, rue de Charaintru à Epinay sur Orge, accueillant respectivement 120 stagiaires et 72 jeunes de 14 à 20 ans :



1 MÉDECIN GÉNÉRALISTE

CDI – 0.30 ETP
Poste à pourvoir à compter du 1^{er} septembre 2019.

ENVOYER LETTRE DE MOTIVATION ET CV À :

Monsieur le Directeur Général
Château de Sillery - 2, rue de Charaintru
91360 EPINAY SUR ORGE

En vue de la création future d'une Maison Médico-Sociale de Soins.

Il (elle) aura pour mission :

- Le suivi médical en lien et en coordination avec les médecins traitants référents et autres spécialistes.
- Les visites médicales annuelles des adolescents suivis par l'IME.
- Les certificats médicaux.
- La participation au travail pluridisciplinaire.
- L'évaluation médicale de la faisabilité des projets professionnels des stagiaires du CRP.
- Un travail d'élaboration sur le projet de la future maison médico-social de santé.
- Le lien avec les praticiens et structures de soins extérieurs.

CARACTÉRISTIQUES

- CDI : 0.30 ETP.
- Convention Collective CCN51.



La commune de Vert-Saint-Denis, en Seine-et-Marne

RECHERCHE DEUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Pour intégrer le cabinet médical qu'elle vient d'acquérir.

Située à 50 km de Paris, Vert-Saint-Denis semble le compromis parfait entre ville et campagne.

Également à 5 mn du tout nouveau **Centre Hospitalier de Melun-Sénart**, la ville compte 7 700 habitants.

Elle reçoit deux zones d'activités, de nombreux commerçants et artisans et assure en matière d'éducation grâce à de nombreuses infrastructures (multi-accueil, crèche familiale, assistantes maternelles, groupes scolaires, collège, lycée).

Le grand centre commercial du Bois Sénart à 5 min de Vert-Saint-Denis réunit plus de 100 magasins et restaurants.

Pour tout renseignement et candidature : **À l'attention de Monsieur le Maire**

Mairie, 2 rue Pasteur - 77240 VERT-SAINT-DENIS Tél. : **01 64 10 59 00** - mairie@vert-saint-denis.fr



LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE PARIS

recrute pour son Centre d'Examens de Santé

DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

POSTES À POURVOIR EN CDI – TEMPS PARTIEL

Pour réaliser des Examens de Prévention en Santé (examens cliniques, dépistage, éducation en santé, prévention)

Adresser CV + lettre de motivation

Dr Fiorentino - Tél. : 01 53 44 59 06 - simone.fiorentino@assurance-maladie.fr





Un médecin généraliste (H/F) à temps complet

La Communauté de Communes Plaines et Monts de France est un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre composé de vingt communes dont le siège social situé sur la commune de Dammartin-en-Goële est à proximité immédiate de la plateforme aéroportuaire de Roissy Charles de Gaulle, pôle de développement majeur et attractif. Sa population compte près de 25000 habitants et connaît une croissance exponentielle.

Forte de sa volonté de mise à disposition d'équipements et de services de santé de proximité destinés à sa population, la Communauté de Communes Plaines et Monts de France œuvre pour le développement d'une véritable politique volontariste de santé publique.

Aussi, la Communauté de Communes Plaines et Monts de France a décidé de créer un Centre Intercommunal de

Santé (CIS) situé sur la commune de Fresnes-sur-Marne qui accueillera des personnels médicaux et paramédicaux. Le Centre Intercommunal de Santé est amené à se développer, tant par ses activités médicales et paramédicales, que par son extension sur le territoire au travers de ses huit futures antennes.

La Communauté de Communes Plaines et Monts de France recherche un médecin généraliste à temps complet pour l'ouverture prochaine de son centre de santé.

Le médecin est placé sous l'autorité administrative du médecin coordinateur dans le respect de son indépendance médicale. Il a une pratique uniquement centrée sur la médecine (*les tâches administratives et les encaissements étant gérés par une équipe administrative*) et participe à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) organisée sur le territoire.

Missions principales :

Membre de l'équipe du centre intercommunal de santé, le médecin doit plus particulièrement :

- Effectuer des consultations de médecine générale.
- Garantir le fonctionnement et la continuité de l'offre de soins et de prévention du CIS dans le respect des règles professionnelles et déontologiques.
- Participer au développement de projets de soins et de prévention portés par les équipes, en lien avec les partenaires du centre intercommunal de santé dans le cadre du projet de santé qu'il sera chargé de mettre en œuvre.
- Développer une expertise et coordonner les actions de prévention et de préparation à la gestion des risques sanitaires.

Profil recherché :

Docteur en médecine inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins ou médecin en cours d'obtention de la thèse (licence de remplacement donné par l'Ordre des médecins).
Maître de stage des universités souhaité.

Titulaire du permis de conduire B.

Rigoureux, organisé, disponible, dynamique, sens des responsabilités.

Qualités relationnelles et pédagogiques et sens du travail en équipe.

Discrétion professionnelle et respect absolu de la confidentialité.

Conditions :

Temps complet (avec JRTT) - Régime indemnitaire - Comité National de l'Action Sociale (CNAS).

Participation mutuelle et prévoyance - Titres restaurant.

Pour répondre à cette offre :

Poste à pourvoir le plus rapidement possible.

Merci d'adresser votre candidature (lettre de motivation + CV).

Par courriel à candidature@cc-pmf.fr ou par courrier

à l'attention de monsieur le Président de la Communauté de Communes Plaines et Monts de France

6 rue du Général de Gaulle - 77230 Dammartin-en-Goële





Un médecin généraliste coordinateur (H/F) à temps complet

La Communauté de Communes Plaines et Monts de France est un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre composé de vingt communes dont le siège social situé sur la commune de Dammartin-en-Goële est à proximité immédiate de la plateforme aéroportuaire de Roissy Charles de Gaulle, pôle de développement majeur et attractif. Sa population compte près de 25000 habitants et connaît une croissance exponentielle.

Forte de sa volonté de mise à disposition d'équipements et de services de santé de proximité destinés à sa population, la Communauté de Communes Plaines et Monts de France œuvre pour le développement d'une véritable politique volontariste de santé publique.

Aussi, la Communauté de Communes Plaines et Monts de France a décidé de créer un Centre Intercommunal de Santé (CIS) situé sur la commune de Fresnes-sur-Marne qui accueillera des personnels médicaux et paramédicaux. Le Centre Intercommunal de Santé est amené à se développer, tant par ses activités médicales et paramédicales, que par son extension sur le territoire au travers de ses huit futures antennes.

Missions principales :

- Effectuer des consultations de médecine générale.
- Garantir le fonctionnement et la continuité de l'offre de soins et de prévention du CIS dans le respect des règles professionnelles et déontologiques.
- Participer à la mise en œuvre, au suivi et à l'évolution de la démarche qualité du CIS par le développement de projets de soins et de prévention en lien avec le responsable administratif, le personnel médical et les partenaires dans le cadre du projet de santé intercommunal et ceci dans un souci d'adaptation du service rendu à la population.
- Développer une expertise et coordonner les actions de prévention et de préparation à la gestion des risques sanitaires.
- Animer, coordonner et manager les équipes médicales et paramédicales et en assurer leur évaluation.
- Assurer, en lien avec la direction générale de la collectivité, un suivi précis de l'activité, des recettes liées, ainsi que de l'application des dispositions de l'accord national des centres de santé.
- Représenter le CIS auprès des instances conventionnelles et partenariales.

Conditions :

Temps complet (avec JRTT) - Régime indemnitaire - Comité National de l'Action Sociale (CNAS).
Participation mutuelle et prévoyance - Titres restaurant.

Pour répondre à cette offre :

Poste à pourvoir le plus rapidement possible.

Merci d'adresser votre candidature (lettre de motivation + CV).

Par courriel à candidature@cc-pmf.fr ou par courrier

à l'attention de monsieur le Président de la Communauté de Communes Plaines et Monts de France

6 rue du Général de Gaulle - 77230 Dammartin-en-Goële

La Communauté de Communes Plaines et Monts de France recherche un médecin généraliste coordinateur (directeur médical) à temps complet pour l'ouverture prochaine de son centre de santé.

Le médecin coordinateur participe activement à l'évolution et à la mise en œuvre du projet de santé porté par l'intercommunalité en étroite articulation avec le service santé publique et les acteurs du territoire.

Il définit et organise les différentes modalités relatives aux missions médicales et paramédicales (offre de soins, service médical et service infirmier).

Il est l'interlocuteur quotidien de tous les partenariats de santé établis avec le CIS et contribue à repérer les besoins du territoire pour être force de propositions d'offre de soins et de prévention.

Intégré à l'équipe de décision de l'intercommunalité et aux côtés du responsable administratif du CIS, le médecin coordinateur assure la direction médicale du CIS, en est le conseiller sur toutes les questions de santé et a une pratique uniquement centrée sur la médecine (*les tâches administratives et les encaissements étant gérés par une équipe administrative*). Il participe à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) organisée sur le territoire.

Profil recherché :

Docteur en médecine inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins.

Maîtrise de stage des universités souhaitée.

Titulaire du permis de conduire B.

Connaissances de l'organisation des collectivités territoriales et de leur fonctionnement (statut de la FPT) souhaité.

Dialogue et coopération avec les partenaires internes et externes.

Rigoureux, organisé, disponible, dynamique, sens des responsabilités.

Qualités relationnelles et pédagogiques et sens du travail en équipe.

Discrétion professionnelle et respect absolu de la confidentialité.





La Ville de SERQUIGNY recherche DEUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES ou SPÉCIALISTES pour sa Maison de Santé

La ville de Serquigny, commune de 2000 habitants dans le département de l'Eure - 27, au cœur de la Normandie, a le privilège d'être nichée dans une vallée verdoyante, au confluent de deux rivières : La Risle et la Charentonne.

D'une surface de 340 m², la maison de santé est située au cœur de la commune en bordure de la Charentonne, face aux écoles et à proximité des commerces. Une micro crèche et un SESSAD sont installés de part et d'autres de la maison de santé. Livrée en décembre 2019, elle est constituée de :

- Un cabinet médical de 3 salles de consultation, un secrétariat et une salle d'attente.
- Un cabinet d'infirmières.
- Un cabinet de kinésithérapeutes pour 2 praticiens.
- Un accueil.
- Deux salles de consultations supplémentaires.

Une pharmacie flambant neuve est installée en face de la maison de santé qui accueille déjà deux médecins généralistes, une kinésithérapeute et un cabinet de 4 infirmières.

ATOUTS

- Loyers très attractifs toutes charges comprises.
- Possibilité de logement à proximité.
- Connexion à la fibre optique.
- Projet de santé signé par plusieurs praticiens.
- Gare SNCF à 10 min de marche, ligne Paris St Lazare/Caen/Cherbourg + ligne Rouen/Serquigny.
- Possibilité de travail avec l'EHPAD de Nassandres sur Risle.



Pour tout renseignement,
contact :
Mairie de SERQUIGNY
02 32 44 10 15
mairie@serquigny.fr



SSR & NUTRITION LES JONQUILLES

À proximité du Havre - Bord de Mer - 76 600

Tél. : 02 32 79 66 25 / Fax : 02 32 79 60 96

74 Lits SSR dont 20 lits « affection des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien ».
10 lits d'Hôpital de Jour « affection des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien ».

RECHERCHE H/F

MÉDECIN GÉNÉRALISTE ou MÉDECIN ENDOCRINOLOGUE ou MÉDECIN NUTRITIONNISTE

Poste temps plein ou temps partiel en CDI - Possibilité de logement temporaire.
Participation au roulement des astreintes.



Pour plus de renseignements, merci de prendre contact avec
Mme DONNET (Directrice) au 02 32 79 66 29 ou par mail : pdonnet@roseraie.fr



MORTAIN-BOCAGE RECHERCHE/RECRUTE PLUSIEURS MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX ET/OU SALARIÉS (H/F)

Mortain-Bocage

Mortain-Bocage est une commune nouvelle de Normandie d'environ 3 400 habitants intégrée à la Communauté d'Agglomération Mont-Saint-Michel-Normandie et située au sud du département de la Manche. Elle offre tous les services indispensables pour un bassin de vie d'environ 6 000 habitants :

- Un hôpital local avec SSR et un EHPAD.
- Plusieurs écoles maternelles/primaires, collèges et un lycée.
- Des associations sportives et culturelles.
- Un centre-ville avec une médiathèque, un cinéma, des commerces et des grandes surfaces.
- Une zone économique dynamique avec des emplois.
- Des sites classés exceptionnels (chemins de randonnées, route des pèlerinages du Mont-Saint-Michel, voies vertes, cités historiques).

Le projet médical

En début 2021, un PSLA (Pôle de Santé Libéral Ambulatoire) regroupera de nombreux professionnels de santé (médecins, dentiste, kinésithérapeutes, cabinets d'infirmiers, ostéopathes, podologue, pharmacie) selon le statut souhaité (salarier ou libéral).

Une installation provisoire dans les locaux de l'hôpital Gilles Buisson ou dans un cabinet indépendant en ville est prévue avec une mise à disposition des outils informatiques, d'un secrétariat et d'un hébergement avec un pavillon indépendant.

Vous rejoindrez une équipe de 3 médecins généraliste et travaillerez en bonne harmonie avec le GHT du Sud-Manche.

La patientèle est accueillante. Avantages : La commune est classée en ZRR (Zone de Revitalisation Rurale) et en ZIP (Zone d'Intervention Prioritaire) — aides conséquentes à l'installation (exonérations diverses).



Pour toute candidature, contacter la mairie
de Mortain-Bocage au 02 33 79 30 30
mairie@mortain-bocage.fr
www.mortain-bocage.fr



MÉDECINS GÉNÉRALISTES, L'HÔPITAL DE BOURGES RECRUTE !

EN PARTENARIAT AVEC LE CCAS DE LA VILLE DE BOURGES

Temps plein ou temps partiel dans les services suivants :

cardiologie - chirurgie - conciliation médicamenteuse - consultation mémoire - consultations gériatriques - coordination EHPAD - équipe mobile de gériatrie - hématologie clinique/oncologie médicale - hôpital de jour gériatrique - médecine polyvalente - SSR - UHTCD - Unité Post Urgences - urgences

Plus d'informations

Bureau des Affaires Médicales du Centre Hospitalier Jacques Cœur :
Mme Soilly-Loiseau | 02 48 48 48 88 • Mme Bosset | 02 48 48 48 66



Mesure
nationale
400 Médecins
Généralistes





La Commune de La Voulte-sur-Rhône, (5200 habitants) située dans le couloir rhodanien, à égale distance entre Montélimar, Valence et Privas.

RECHERCHE

Un nouveau médecin généraliste pour remplacer un départ à la retraite.

À proximité des stations de montagne, de la mer, la qualité de vie du territoire ardéchois n'est plus à démontrer. Pas d'embouteillage, déplacements aisés, dynamisme du territoire, vous vous épanouirez dans un contexte serein avec une patientèle variée.

Un local sera mis à votre disposition, en cabinet existant ou en local séparé, selon votre choix.



Pour tout renseignement, Madame Faure, Elue à la santé et à l'action sociale est à votre disposition.
Contact Mairie : 04 75 62 40 44



COMMUNE DE VERNIOZ Entre Bièvre et Rhône

CABINET MÉDICAL DISPONIBLE POUR MÉDECIN GÉNÉRALISTE MAISON DE SANTÉ RURALE

- Salle d'examen 31 m².
- Hall, sanitaire et salle d'attente partagés (43,70 m²) avec trois autres médecins.

La salle d'examen peut-être partagée par demi-journée ou par journée.

La Maison de Santé regroupe, une orthophoniste, une psychologue, une diététicienne, un kinésithérapeute, un ostéopathe, un cabinet d'infirmiers et trois médecins généralistes.

Monsieur Le Maire, Marc TRAYNARD, est disponible pour tout RDV. Des conditions favorables à l'installation vous seront proposées.

Vernioz (Isère) – Commune Centre Bourg - 1400 habitants dans la Vallée de la Varèze. Intercommunalité de 37 communes « Entre Bièvre et Rhône » soit une population de plus de 12.500 habitants dans un rayon de 10 km.

Proximité :
Vienne (Isère) et Roussillon(Isère) 17 km.
Lyon (Rhône) 50 km et Grenoble (Isère) 87km.
Accès gare 10 km – Parking gratuit.



Pour tout renseignement s'adresser au secrétariat de Mairie :
Téléphone : 04 74 84 42 43
Mail : mairie.vernioz@wanadoo.fr



LA COMMUNAUTÉ DE COMMUNES DU PAYS GENTIANE

se situe au cœur du Parc Naturel Régional des Volcans d'Auvergne à 1 heure des villes de Clermont-Ferrand et d'Aurillac et des deux autoroutes A89 et A75 dans une région de moyenne montagne, dans le département du Cantal.

Ce département rural possède de nombreux atouts grâce à un secteur agricole qui propose des produits de qualité reconnus, à un environnement préservé et agréable et des services adaptés à sa population. Le territoire communautaire possède un milieu associatif particulièrement dense qui touche tous les domaines et des équipements sportifs de grandes qualités (terrains de foot, rugby, centre équestre, dojo-boulodrome, piscine, gymnase, mur d'escalade...).

Le territoire vous attend pour construire une collaboration fructueuse et vous proposera des facilités pour le logement et l'installation.

Le secteur de la santé sur le bassin du Pays Gentiane représente plus de 400 emplois, avec des opportunités de création dans la plupart des disciplines et métiers. Mais s'il est d'apparence bien étoffé, la volonté commune d'un ensemble de professionnels et de la communauté de communes est d'anticiper les évolutions négatives incontournables de la démographie médicale, et de proposer un cadre attractif pour attirer de nouveaux professionnels, créer un outil au service des pratiques professionnelles et de la qualité au service du patient tout au long de sa vie.

Mise en place d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé sur l'arrondissement, deux MSP, un hôpital local, une clinique privée, une clinique spécialisée dans le traitement des pathologies respiratoires, deux EHPAD, un centre de traitement de la sclérose en plaques, médecins généralistes, cabinets infirmiers libéraux, dentistes, kinésithérapeutes, podologue, consultations de spécialistes.

Patientèle âgée pour l'EHPAD, sinon patientèle variée et touristique en été.

Dans le cadre du projet de création d'un centre local de santé, la communauté de communes du Pays Gentiane, territoire rural du Nord Cantal composé de 17 communes et 7 000 habitants, recherche, afin de compléter son offre de soins, 3 médecins généraliste.

- 0,5 ETP salarié Centre hospitalier/EHPAD de Condat, exercice libéral en complément possible.
- 0,5 ETP salarié EHPAD de Riom-ès-Montagnes, exercice libéral en complément possible.
- 0,5 ETP salarié Centre hospitalier/EHPAD de Condat, exercice libéral en complément possible.



Sous le statut de travailleurs salariés, ou en exercice libéral si vous le souhaitez, vous participerez au développement de l'organisation territoriale de la santé en pleine évolution et vous pourrez intégrer le projet de communauté professionnelle territoriale de santé de l'arrondissement.

C'est dans ce contexte que vous interviendrez sur un territoire volontaire, pourvus de l'ensemble des services publics, et doté d'un centre hospitalier à Condat (15 lits de médecine), de deux maisons de santé pluridisciplinaire avec studio de garde (médecins généralistes, cabinets d'infirmières, kinésithérapeutes, cabinets dentaires, consultations de spécialistes, podologue, etc) et deux EHPAD (de 80 places chacun) à Riom-ès-Montagnes et Condat.

L'activité assurant une rémunération nette minimum de 6500 € mensuels et réalisée en étroite collaboration avec les médecins généralistes installés à Condat, se partagera dans un exercice mixte ville / hôpital. Elle s'adresse à des médecins aux profils variés et aux attentes diverses. Votre emploi du temps pourra être complété par des postes de médecins coordinateurs ou de praticiens hospitaliers rémunérés 2500 € nets au sein de l'hôpital local ou des EHPAD.



ÉLU RÉFÉRENT :

Jean MAGE, Maire de Condat - 06 84 76 26 22

CONTACT TERRITOIRE

Louis GRATEL, Chargé de mission
Communauté de Communes du Pays Gentiane
04 71 78 21 49 - igratel@pays-gentiane.com



Vendevre
Soulaines

COMMUNAUTÉ
DE COMMUNES

RECRUTE

3 Médecins généralistes (suite départs retraites)



Située au Cœur des Lacs de la Forêt d'Orient, à 30 minutes de Troyes présentant une position géographique centrale, la Communauté souhaite installer au sein de sa maison de santé, neuve et pluridisciplinaire, à Vendevre-sur-Barse, 3 autres médecins généralistes, dans le cadre du déploiement d'un projet de santé. Ils exercent au sein d'un équipement moderne dans un bassin de population de 5 000 personnes.

Statut du poste : Exercice en libéral.

Conditions d'exercice : Libres – participation aux gardes induites si bénéficie d'un contrat PTMG par l'ARS.

Le médecin pourra bénéficier d'un accompagnement financier de la Communauté lors de son installation.

La commune d'implantation est classée en zone de revitalisation rurale permettant d'obtenir une exonération d'impôts et des allègements de charges sociales.

Par ailleurs, classée en zone prioritaire pour l'ARS, des avantages financiers conséquents peuvent être débloqués.

RENSEIGNEMENTS

Site : www.ccvendevresoulaines.fr

Mail : secretariat.ccvvs@orange.fr

Tél. : 03 25 92 59 40

Grand Est – Meuse (55) – Fresnes-en-Woëvre (Axe Verdun - Metz/Nancy)

Médecin généraliste libéral - Maison de santé

La Maison de santé pluridisciplinaire de Fresnes en Woëvre cherche médecin généraliste pour remplacements ponctuels / réguliers / collaboration / installation. Activité modulable selon souhait (50 %, 80 %, 100 %) avec patientèle assurée. Fresnes-en-Woëvre est une commune rurale, Centre-Bourg, qui concentre les commerces et services du territoire : Poste, maison des services, pharmacie, Carrefour Market et station-service, boulangerie, salons de Coiffure... Elle accueille également un groupe scolaire (écoles maternelles et élémentaires), un collège, une crèche intercommunale ainsi que de nombreux équipements sportifs (dojo, terrain de foot, gymnase).

<https://codecom-fresnes.com/>

Fresnes-en-Woëvre est située sur la partie ouest du Parc naturel régional de Lorraine, à l'orée des Côtes de Meuse. Le territoire est apprécié pour ses paysages, sa production locale (verges familiaux, viticulteurs...), ses lieux de villégiature et de loisirs de plein air (Lac du Colvert à 2 km, Lac de Madine, Étang de Lachaussée) et pour son tissu associatif dynamique.

Situation géographique :

Fresnes-en-Woëvre, commune sur l'axe Verdun / Nancy-Metz :

- 20 minutes de Verdun (Centre Hospitalier avec SAU/SMUR).
- 45 minutes de Metz (autoroute).
- 60 minutes de Nancy.

Professionnels déjà installés dans la Maison de santé :

- 3 médecins.
- 1 cabinet de 3 kinésithérapeutes.
- 1 podologue.
- 1 psychologue.
- 2 cabinets de 2 infirmières.
- 1 sage-femme deux fois par mois.

Locaux :

- 1 secrétaire sur place pour les cabinets médicaux (prise de rendez-vous, accueil des patients, courriers – présente de 8h à 17h).
- Matériel informatique et mobilier de bureau fournis par la structure. Logiciel utilisé : Axisanté.
- Locaux spacieux, fonctionnels, lumineux construits en 2015 aux normes PMR et BBC, WC privatifs.
- Logement possible sur place pour remplaçant (appartement privatif – récent).
- Parking.

Activité :

- Commune classée en Zone d'Action Complémentaire, possibilité d'obtention de différentes aides (CESP, PTMG) et en ZRR, donc éligible à la défiscalisation (totale durant 5 ans puis dégressive sur 3 ans).
- Location d'un cabinet de 29.6 m² (275 €/mois) / Aide à l'installation sur les loyers.
- Laboratoires d'analyses médicales et CH (avec SAU/SMUR) à 20 km (Verdun).
- EPHAD et Résidence Autonomie à 7 km.
- Possibilité de diversification d'activité : Dépistage spirométrie en place / Infirmière ASALEE en place.

CONTACT :

Par mail : m.sp.fresnes-en-woevre@orange.fr – Par téléphone : 03 29 87 31 05



Le CSSR LADAPT Moselle situé à Thionville recrute un médecin MPR ou généraliste

L'établissement, centre de soins de suite et de réadaptation spécialisé dans les pathologies de l'appareil locomoteur, en pleine expansion dispose actuellement de 30 lits en hospitalisation complète et 40 places en hospitalisation de jour et bientôt 20 places supplémentaires.

Une équipe pluridisciplinaire composée de Kinésithérapeutes, d'Ergothérapeutes, de professeurs d'activités physiques adaptées, d'infirmières, d'aides-soignantes, d'une neuropsychologue, d'une diététicienne et d'une assistante sociale accompagne chaque patient dans son projet thérapeutique individualisé.

Les pathologies prises en charge sont essentiellement : Pathologies ostéo-articulaires, rachialgies, les patients amputés du membre inférieur, les maladies neurodégénératives, les AVC en subaigu. Des prises en charges nouvelles sont à développer, notamment pour les patients polytraumatisés et la rééducation après chirurgie de la main.

Le centre dispose de plateaux techniques de qualité, bien équipés et notamment :

- D'un espace de **balnéothérapie**.
- D'un espace de **kinésithérapie** comprenant : Une plate-forme de renforcement des chaînes musculaires du rachis et des 4 membres (Huber) ; une plateforme à visée proprioceptive (Bio-rescue) ; des appareils d'électrothérapie antalgiques et excito-moteurs ; des appareils d'ultrasonothérapie ; des appareils de cryothérapie ; des appareils de physiothérapie.
- D'un espace d'**activité physique adaptée**.
- D'un espace d'**ergothérapie** comprenant : une salle de prise en charge collective composée d'un espace de travail assis et d'une salle de réentraînement aux gestes professionnels ; une salle permettant la réalisation d'orthèses de main, une cuisine thérapeutique permettant une mise en situation écologique pour simuler des activités ménagères du quotidien.
- D'une plateforme d'**isocinétisme**.
- D'un **parcours de marche** prévu dans l'extension de l'établissement.

MISSION PRINCIPALE DU MÉDECIN

Le médecin a pour mission la prise en charge de pathologies pour lesquelles un traitement physique (thérapie manuelle et ostéopathie), un appareillage ou une rééducation sont nécessaires. Son intervention se concentre sur les capacités fonctionnelles des patients en vue d'une amélioration de leur autonomie et de leur qualité de vie.

Informations complémentaires

- Lieu de travail : 14 allée de la Terrasse – 57100 Thionville.
- Poste à pourvoir immédiatement en CDI à temps plein (25 jours de CP + 18 RTT).
- Convention FEHAP 51 + reprise d'ancienneté + mutuelle de groupe + Comité d'entreprise + restaurant du personnel.
- Diplôme d'État de docteur en médecine générale ou spécialisation en médecine physique et de réadaptation.
- Intérêt pour les projets médico-sociaux auxquels le médecin peut participer (ex : samsah, équipe mobile).



Candidature à envoyer par mail à l'intention
du Directeur M. DEVIN Vincent – devin.vincent@ladapt.net





COMMUNE DE MAREUIL-LE-PORT (51700)

RECHERCHE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES



La commune de Mareuil le Port, qui dénombre une population semi-rurale de 1200 habitants, souhaite recruter de nouveaux professionnels de santé : Médecins généralistes et/ou spécialisés, Kinésithérapeute, Chirurgien-dentiste...

Située en Champagne dans la vallée de la Marne, à quelques km de l'A4 (PARIS-STRASBOURG), cette commune alimente un bassin de vie total de 3900 habitants (Rayon de 10 km).

La commune de Mareuil-le-Port dispose de nombreux commerces (café-restaurant, presse, épicerie, boulangeries, pizzeria, coiffeurs, fleuriste, magasin de cycles, garages, ...), des artisans (peintres, jardiniers, ...), des associations (judo, foot, ski-nautique, ...) et un parc de loisirs ainsi que le passage d'une voie verte en bord de Marne.

Le village bénéficie d'une crèche, d'un pôle scolaire regroupant maternelle/primaire et d'un collège. Nos jeunes peuvent ensuite poursuivre leurs études à Epernay (18km) relié par autobus puis Reims (35 km) : Ville universitaire !

De l'autre côté de la Marne, vous trouverez notamment un supermarché avec station-essence, un magasin de bricolage-jardinerie.

Notre local se situe au cœur du village (Port à Binson), là où se trouvent notamment la Pharmacie et la Poste.

C'est pour répondre à une forte demande exprimée par les habitants que ce projet a vu le jour !

Notre Espace Médico-Social est entouré de parkings et composé de plusieurs cellules avec accès distincts pour chaque activité : Architecte, ADMR, infirmières, ostéopathe et hypnothérapeute. La Mairie peut encore louer 2 cellules de 24 m² avec une salle d'attente de 9 m² pour d'autres professions médicales (5/m²). Le plan de ce projet est disponible en Mairie.

Un autre bâtiment de 200 m² peut également être loué à des professionnels, non loin de notre EMS.



Si cette offre vous intéresse ou pour obtenir des renseignements complémentaires, vous pouvez contacter Monsieur Le Maire par : Téléphone : 03 26 58 30 94 • Mail : mairie.mareuilport@wanadoo.fr
Courrier : Mairie - 24 rue Hubert Pierson 51700 Mareuil-le-Port



LE CENTRE DE SANTÉ DU GRAND-FIGEAC RECRUTE

Un(e) médecin généraliste SALARIÉ(E) titulaire ou remplaçant.

Région Occitanie, département du Lot, le Grand-Figeac, 45 000 habitants innove en créant un Centre de Santé multisites (Lacapelle, Leyme, Aynac et Latronquière). Venez rejoindre une équipe dynamique de 5 médecins généralistes (dont 2 primo-installations), 3 secrétaires et 1 coordinateur.

CADRE DE VIE EXCEPTIONNEL

Une nature préservée. Des plaisirs culturels et artistiques. Un tissu associatif très riche. Un patrimoine remarquable. L'art de bien manger. Un climat favorable et un soleil généreux. Un territoire attractif. Une campagne vivante, sans les inconvénients des grandes villes.

Venez goûter une qualité de vie exceptionnelle, un art de vivre, loin du stress, de la pollution et des embouteillages sur un territoire d'une grande vitalité, dont le bassin d'emplois est l'un des plus dynamiques de France.

EXERCICE COMPLET DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

- Exercice diversifié de la médecine générale + PDSA.
- Actions de prévention, d'éducation et de promotion de la santé.
- Réunions de coordination et de concertation pluri-professionnelle.
- Formation professionnelle continue + formation d'internes (à venir).

POURQUOI LE SALARIAT ?

- Exercer la médecine dans les meilleures conditions au sein d'une équipe investie.
- Se recentrer sur son cœur de métier sans perdre de temps pour les tâches administratives : Un secrétariat physique et un coordinateur à votre disposition.
- Maîtriser son emploi du temps sans subir la pression de la salle d'attente.
- Retrouver un équilibre vie professionnelle / vie privée.
- Une stabilité, des garanties sociales, avec la liberté de pouvoir changer.
- Aucun investissement financier de départ.

CONDITIONS D'EXERCICE SOUPLES ET ATTRACTIVES

- CDD 1 an renouvelable (objectif CDI). Contrat + court remplaçant possible.
- Temps de travail sur-mesure en fonction de l'activité souhaitée.
- Rémunération nette attractive, fixe et garantie. Pas d'URSSAF ni CARMF à payer.
- Rétrocession 100 % de la PDSA en sus du salaire (Pas de nuit profonde).
- Cabinets refaits à neufs, tout équipés et informatisés (CHORUS) et télé-médecine.

Une formule intéressante afin de vous recentrer sur votre cœur de métier, porté par la dynamique d'une structure ambulatoire innovante, en bénéficiant en dehors du travail d'une qualité de vie exceptionnelle.

NOUS POUVONS VOUS AIDER

- Pour le travail du conjoint et la recherche du logement.
- Logement sur place possible si remplacement.



CANDIDATURE & INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Prérequis : Médecin généraliste inscrit à l'Ordre (ou licence de remplacement si remplaçant).
www.cls-grand-figeac.fr - sante@grand-figeac.fr
05 65 11 22 76 ou 06 02 11 04 38

Projet de santé, règlement intérieur du Centre de Santé fournis sur simple demande



LE CENTRE HOSPITALIER DE THUIR

(département des Pyrénées-Orientales)

RECHERCHE

Un médecin généraliste (H/F) avec plénitude d'exercice.

Exercice à temps plein ou exercice mixte.
Recrutement sur contrat.

Seul établissement public psychiatrique du département (460 000 habitants), le Centre Hospitalier de THUIR repose sur une organisation en Pôles :

- 4 en psychiatrie générale.
- 1 en psychiatrie infanto-juvénile.

MAIS ÉGALEMENT :

- 1 service pour autistes adultes.
- 1 service pour adolescents.
- 1 service d'addictologie.
- 1 SMPR et un dispositif de soins aux auteurs de violences sexuelles.
- 1 Centre d'Accueil et de Crise 48/72 avec présence 24 H / 24 aux urgences du CH de PERPIGNAN.
- Des équipes mobiles (précarité, géronto-psychiatrie, réadaptation psycho-sociale...).

LE CENTRE HOSPITALIER DE THUIR, C'EST AUSSI :

- Un établissement de 500 lits et places, doté de compétences pluridisciplinaires (1 000 agents dont 80 médecins).
- Un établissement bénéficiant d'une situation géographique exceptionnelle :
 - Dans le sud de la France (région Occitanie).
 - Entre mer et montagne.
 - À 10 mn de PERPIGNAN.
 - À 1 H 30 de MONTPELLIER et de TOULOUSE.
 - À 2 H de BARCELONE (Espagne).

CANDIDATURES AVEC CV À ADRESSER À :

M. le Directeur des Affaires Médicales
Centre Hospitalier Léon-Jean GREGORY
Avenue du Roussillon - B.P 22
66301 THUIR Cedex - Tél. : **04 68 84 67 00**





Pour sa maison médicale et 8 autres maisons afin de travailler en réseau, la Commune de Châteauneuf-Val-de-Burgis **recherche**
une douzaine de médecins généralistes
 (Même aussi étudiants en dernière année pour valider leur formation).

Notre village situé dans une position centrale, dans un bassin de 52600 habitants, 92 communes, 3 hopitaux (Nevers, Cosne, Clamecy) avec services d'urgence (3), smur (3), scanner (3) irm (2), aussi un CHS Psy, un centre de rééducation (Pasori), une maison de convalescence (La Vénérie) avec service d'addictologie peut-être l'opportunité de commencer et réussir une brillante carrière médicale avec des équipes dynamiques.



La chance aussi de se situer à 2h30 de 3 grandes villes : Paris, Dijon, Clermont-Ferrand permet d'avoir l'appui de grands centres spécialisés CHU ou CHR en Cardiologie, Neurochirurgie, Oncologie, Microchirurgie, Transplantation. Votre grande motivation médicale sera votre atout pour venir nous rejoindre. Nous restons à votre écoute pour les différentes formes d'installations.

POUR TOUT CONTACT

Mr RAPEAU Patrick (Maire) - Tél. : 03 86 69 21 93

Mail : patrick.rapeau@sfr.fr ou mairie.chateauneufvaldeburgis@wanadoo.fr

LA COMMUNE DE CIRY-LE-NOBLE
 Bourgogne – Département de Saône-et-Loire (71)

RECHERCHE

UN 2^{ÈME} MÉDECIN GÉNÉRALISTE LIBÉRAL

Suite au départ en retraite au 31 décembre 2019 de l'un de ses deux médecins. Situation géographique de CIRY-LE-NOBLE.

Commune semi-rurale de Saône-et-Loire de 2 300 habitants, membre de la Communauté Urbaine Le Creusot-Montceau (100 000 habitants).

Le bourg de Ciry-Le-Noble est idéalement situé à :

- 2 min de la route express RCEA (N70 reliant Chalon-sur-Saône à Paray-Le-Monial).
- 10 min de l'agglomération de Montceau-Les-Mines (18 000 habitants).
- 20 min de la gare TGV Le Creusot-Montceau-Montchanin, sur la ligne TGV Paris-Lyon.
- 30 min de l'autoroute A6.

Maison de soins

La commune s'est dotée depuis janvier 2015 d'une maison de soins accueillant à ce jour :

- 2 cabinets de médecins généralistes (dont 1 vacant au 1^{er} janvier 2020).
- 2 cabinets infirmiers.
- 1 ostéopathe.
- 1 psychologue.

On trouve aussi, à proximité de cette maison de soins :

- 1 kinésithérapeute.
- 1 pharmacie.



Contacts :

Mairie : 03 85 79 12 90
 mairie@cirylenoble.fr



LA MAISON DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLE (MSP) DU CALAVON

Agréée par l'ARS cette maison de santé répondra aux missions suivantes :

Située au cœur du Luberon dans la commune des Beaumettes à proximité de Cavaillon, l'Isle sur la Sorgue, Gordes, Apt ouvrira en 2020.

- Présence en son sein de professionnels de santé (médecins généralistes, infirmiers, paramédicaux) pour assurer la continuité des soins sur les plages d'ouverture.
- Organisation des soins non programmés.
- Accueil de spécialistes assurant des consultations au sein de la MSP.
- Mise en place d'une structure de télémedecine, télé-expertise, téléconsultation.
- Système d'information partagé (médecins généralistes, paramédicaux, hôpital, laboratoires).
- Accueil d'internes.
- Programmes d'éducation thérapeutique pour le patient.

MISSIONS PRINCIPALES DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE :

- Effectuer des consultations de médecine générale.
- Garantir le fonctionnement et la continuité de l'offre de soins.
- Participer au développement de projets de soins au sein de la MSP.

PROFIL RECHERCHÉ :

- Docteur en médecine inscrit à l'Ordre des médecins ou médecin en cours d'obtention de la thèse.
- Le fonctionnement de la MSP étant basé sur l'exercice coordonné entre professionnels de santé, le candidat devra avoir des qualités relationnelles et un sens du travail en équipe.



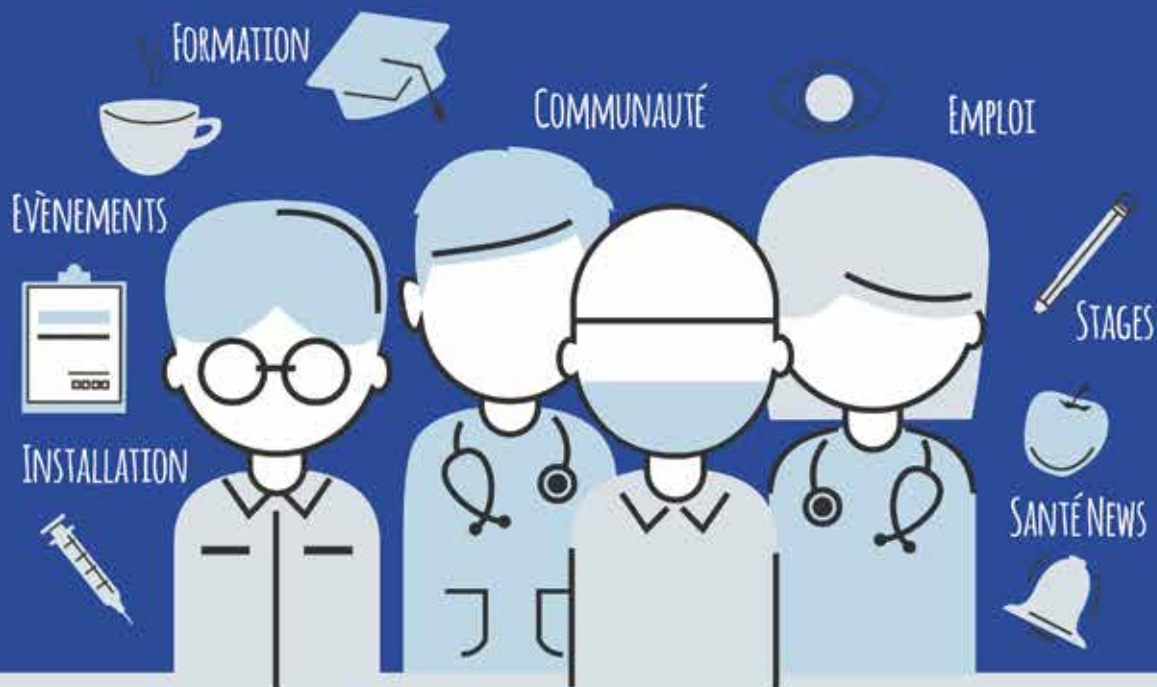
Nous recherchons un médecin généraliste

à temps complet pour rejoindre l'équipe des professionnels de santé.

Cette Maison de Santé a aussi comme vocation de maintenir l'attractivité de notre territoire dynamique pour de nouveaux professionnels de santé par une pratique facilitant l'organisation du travail et la qualité de vie (travail en équipe, remplacements, congés...).

Contact :

Jacques MACHEFER - 06 23 30 95 65
 mspducalavon@gmail.com



Réseau PRO Santé

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE

resah.idf
Réseau des Acteurs de Santé et de la Prévention

pôle emploi

UniHA

FEHAP
Fédération Française des Associations de Praticiens Hospitaliers
PRIVÉS NON LUCRATIFS

☎ 01 53 09 90 05 ✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

