



www.isnar-img.com

MÉDECINE & SOCIÉTÉ

- 39 ans, l'âge parfait pour la présidence ?
- Faites le plein d'adrénaline en Aveyron !
- S'installer en maison médicale de garde, vous connaissez ?
- Dis Doc t'as ton Doc ?

À LA LOUPE

- Tout savoir sur la R3C
- Dispositif de gestion des soins non programmés en région sous-médicalisée : un SASPAS aux urgences

ICI OU AILLEURS

- Les Pays-Bas : les déserts médicaux c'est pas du danois !
- Retour sur le IV^e congrès de Vasco da Gama Movement à Strasbourg



ÉDITO



Camille TRICART
Présidente de l'ISNAR-IMG

SOMMAIRE

Médecine & Société

- 39 ans, l'âge parfait pour la présidence ? 3
- Faites le plein d'adrénaline en Aveyron ! 4
- S'installer en maison médicale de garde, vous connaissez ? 5
- Dis Doc t'as ton Doc ? 6

À LA LOUPE

- Tout savoir sur la R3C 6
- Dispositif de gestion des soins non programmés en région sous-médicalisée : un SASPAS aux urgences 8

ICI ou AILLEURS

- Les Pays-Bas : les déserts médicaux c'est pas du danois ! 9
- Retour sur le IV^e congrès de Vasco da Gama Movement à Strasbourg 10

QUESTION D'INTERNE

- Quelle est la rémunération des gardes de week-end ? 12

L'Antidote change de format !

Après un Congrès national placé sous le signe des nouvelles technologies, c'est maintenant à l'Antidote de vivre sa révolution numérique !

En effet, ce numéro sera le dernier publié au format papier. Vous pourrez désormais retrouver votre revue sur un site dédié et accessible à tous : <https://antidote.isnar-img.com/>. Les articles de ce numéro seront également mis en ligne.

Et puisqu'il s'agit toujours de votre journal : n'hésitez pas à nous faire parvenir vos remarques, vos contributions ou idées d'articles (publication@isnar-img.com) !

Un air de renouveau souffle également sur les études de médecine. Ainsi, dès la rentrée 2017 sera mise en place la réforme du troisième cycle. Celle-ci est sujette à de nombreux questionnements, c'est pourquoi nous vous proposons un petit guide pratique dans ce numéro. Si des doutes persistent, faites appel à vos structures locales représentatives qui sauront vous informer sur ce sujet !





39 ANS l'âge parfait pour la présidence ?

Rencontre avec Catherine LAPORTE,
Médecin Généraliste, MCU¹ à Clermont-Ferrand,
Présidente du Comité Scientifique du Collège
de la Médecine Générale, CMG.

Bonjour Catherine, pourrais-tu nous résumer ton parcours ?

Catherine LAPORTE (CL): Après un premier cycle à Paris, je suis allée à Montpellier pour le second et troisième cycle. Dès mon premier jour d'internat je me suis retrouvée embrigadée dans ce qui était alors l'AIMGRL². On a organisé le congrès de l'ISNAR-IMG³ en 2005 et puis je me suis retrouvée au Bureau National. J'y ai été Porte-Parole. J'ai beaucoup porté le dossier « Recherche » et je pense que c'est à force de me battre pour le développement de la recherche que j'ai eu envie d'en faire moi-même. Quand j'ai commencé mon « internat », le DES⁴ de Médecine Générale n'existait pas. Il a été créé dans l'intervalle, à la fin de mon internat j'ai donc passé l'ECN⁵ pour avoir officiellement un DES. Je me suis alors retrouvée à Clermont-Ferrand. J'ai tapé à la porte du DMG⁶ où j'ai postulé pour un clinicat que j'ai obtenu en 2009.

Parallèlement, j'ai pris part à l'Assemblée Générale de la fondation de ReAGJIR⁷. Je suis devenue leur Porte-Parole puis la représentante des Chefs de Clinique.

Au total, j'ai été Chef de Clinique 4 ans, puis j'ai fait 2 ans comme enseignante contractuelle. Cette année, j'ai passé le concours pour devenir maître de conférences.

Pour moi ça a toujours été un exercice parallèle et complémentaire de pratiquer la Médecine Générale et de faire de la recherche. Mon engagement syndical a été le tremplin pour ça.

Et ton ascension au CMGF⁸ ?

CL: Au départ je suis entrée au Conseil d'Administration du CMG pour représenter ReAGJIR. Ensuite j'ai rejoint le comité scientifique. Cette année, j'en étais la présidente et nous avons voulu faire un gros travail de modernisation.

Qu'est ce qui t'a plu dans ce projet ?

CL: Ce qui me plaît c'est qu'une des missions du comité c'est de rassembler la profession. Le congrès n'est ni un congrès

purement scientifique ni un congrès de recommandations de pratiques, en fait c'est un peu des deux. On a à la fois des chercheurs et des professionnels de terrains, des DMG et des syndicats. Ça permet par exemple à des médecins qui ne sont pas Maîtres de Stage de voir des internes faire des communications et se dire « tiens j'aimerais bien encadrer des jeunes comme ça » et qui sait, certains deviendront peut-être MSU⁹ grâce à ça.

Cette année nous avons voulu donner une place à des choses plus dynamiques notamment avec l'aide de FAYR-GP¹⁰ pour « Ma thèse en 180 secondes ». Il y a eu aussi la session « one slide five minutes » qui est inspirée de ce qui se fait au congrès européen. Le niveau était très bon.

Merci Catherine, en guise de conclusion, quel message voudrais-tu faire passer aux internes de Médecine Générale ?

CL: Tout est possible avec de l'imagination, de la ténacité et aussi du militantisme. Il faut être curieux et s'intéresser à ce qui se fait, aller en congrès, lire des publications pour s'en inspirer et vous arriverez à faire ce que vous voulez dans le domaine que vous aimez.

Propos recueillis par

Anaïs SAHY,

Chargée de Mission Villes du Sud de l'ISNAR-IMG,
Interne de Médecine Générale à Clermont-Ferrand,

1 - Maître de Conférence Universitaire

2 - Association des Internes de Médecine Générale du Roussillon Languedoc.

3 - InterSyndicale Nationale Autonome et Représentative des Internes de Médecine Générale

4 - Diplôme d'Études Spécialisés

5 - Épreuves Classantes Nationales

6 - Département de Médecine Générale

7 - Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

8 - Congrès de la Médecine Générale Française

9 - Maître de Stage Universitaire

10 - French Association of Young Researchers in General Practice



Faites le plein d'adrénaline en Aveyron !

Le département de l'Aveyron innove encore une fois en matière d'attractivité médicale. Cette fois ce sont les sports outdoor qui vont faire office d'appât ! Internes et jeunes médecins vous êtes invités à la première édition du « Week-end Adrénaline Aveyron » les 23 et 24 septembre 2017 à Millau.

Baskets, short, T-shirt, lunettes de soleil et casquette, ok tout y est... N'oubliez pas vos amis, l'autoroute c'est l'A75 vous ne pouvez pas vous tromper au viaduc vous êtes arrivés !

« Venez vivre une expérience unique dans un cadre à couper le souffle ! » Voilà la promesse. Le département de l'Aveyron, terre de sport de pleine nature, vous propose à Millau une récréation sportive d'un week-end pour venir découvrir, vivre et partager l'aveyronnais' way of life, amusement découverte, échanges, adrénaline et fous rires garantis.

Le domaine de Saint-Estève, lieu d'exception face à Millau et son viaduc accueillera les participants dans un magnifique écrin de verdure et la société Roc et Canyon mettra ses meilleurs professionnels du sport outdoor à votre disposition, pour vous accompagner tout au long du week-end dans la découverte et la pratique des sports émotion : Canyoning, saut à l'élastique, hydrospeed, paddle, tyrolienne, spéléo, rafting, via ferrata, descente en VTT, canoë, pont de singe, rappel, crossrun (parcours de franchissement). Faites votre choix il y en a pour tous les courages ! Mais attention cette offre est limitée aux 200 premières inscriptions...

Le Conseil départemental de l'Aveyron prendra en charge le buffet sportif du samedi midi, toutes les activités de pleine nature du week-end ainsi que l'acheminement vers les spots, le cocktail dînatoire et le concert du samedi soir, le petit-déjeuner du dimanche matin et le pique-nique du dimanche midi dans un site remarquable. Seul l'hébergement négocié tout particulièrement à votre

attention à 50 euros par personne restera à votre charge. Les inscriptions sont ouvertes et accessibles via la page Facebook : Week-end Adrénaline Aveyron.

Attention amis internes et jeunes médecins cette offre est un piège ! Tout sera mis en œuvre durant ce week-end, soyez-en sûr, pour vous faire tomber amoureux de notre territoire. Toutes les forces convergeront pour que votre destin vous pousse dorénavant vers l'Aveyron... D'abord des rencontres avec nos médecins aveyronnais et néoaveyronnais les plus fervents : ils vous diront tout le bien qu'ils pensent de leur cadre de vie et de travail. Ensuite une gastronomie, susceptible d'entraîner un risque fort de dépendance gustative, vous obligera à revenir toutes vos vacances pour savourer à nouveau nos spécialités, voire même, pour les cas les plus graves, vous condamnera à vous établir en Aveyron où à proximité d'un traiteur aveyronnais. Enfin la découverte des magnifiques paysages où nous allons tenter de vous perdre pour mieux vous garder, devrait également contribuer au guet-apens.

Profitez encore de votre vie d'avant, sa fin approche...

Rendez-vous le samedi 23 septembre à 10 heures au domaine de Saint-Estève à Millau.

Vous allez en avoir plein les yeux !!!

Chrystel TEYSSÉDRE,

Cellule Aide Médecins

Pôle Aménagement et Développement du Territoire
Conseil départemental de l'Aveyron



S'installer en Maison Médicale de Garde, vous connaissez ?

Rendue possible grâce à ce que l'on appelle une « maison médicale de garde professionnalisée », l'installation en maison médicale de garde (MMG) est assez peu connue du grand public. C'est pourtant ce qui a été fait à Aurillac, dans le Cantal, où des médecins sont installés à la maison médicale de garde, avec comme exercice principal la Permanence De Soins Ambulatoire (PDSA). Cet exercice est basé sur un objectif assez simple, rappelé par le Dr Jacques DALBIN, président de l'AMBAC¹ : « le médecin qui travaille le jour, ne travaille pas la nuit parce qu'un médecin qui travaille jour et nuit devient dangereux d'abord pour ses patients, puis pour lui-même ».

Le postulat de départ est donc que les médecins installés à la maison médicale assurent la permanence des soins sur tout le secteur de garde, toutes les nuits et tous les week-ends. En échange, les médecins du secteur, libérés des gardes, assurent la régulation téléphonique.

LA RÉGULATION, POUR QUOI FAIRE ?

Elle apporte de nombreux avantages :

- Un interlocuteur disponible pour l'aide à la décision et à l'orientation pendant toute la durée de la garde, donc une sérénité dans l'exercice.
- Une souplesse d'organisation
- L'assurance de ne consulter que pour des motifs qui le nécessitent.

La régulation est assurée jusqu'à 22 heures par un médecin généraliste du secteur, le relais est ensuite pris par le médecin urgentiste du centre 15.

Actuellement, deux médecins sont installés sur la MMG d'Aurillac. Ils se partagent les gardes et sont épaulés par huit internes ou jeunes médecins remplaçants qui complètent le planning. Pas moins de 56 médecins ont participé à cette activité depuis sa création en 2008, menant à près de quinze installations.

Ce mode d'exercice, où l'on peut toujours avoir recours à l'avis d'un « sénior », et donc à une prise de décision partagée, permet de débiter plus sereinement, de se familiariser avec l'exercice libéral en cabinet et, au final, facilite l'installation.

QUELLE ACTIVITÉ ?

Grâce à un accord passé avec l'ARS², la rémunération de l'astreinte est doublée et les frais de fonctionnement sont assurés par l'association. Par ailleurs, le Conseil de l'Ordre autorise, contrairement à une installation classique, la réalisation de remplacements en parallèle.

Le secteur de garde concerne un bassin d'environ 50 000 habitants, ce qui permet de réaliser 3 ou 4 consultations par nuit en moyenne, 15 à 25 le samedi et 20 à 30 le dimanche.

Il est ainsi possible de travailler à son rythme, sans pression. L'activité est variée, à l'image de ce qu'on peut rencontrer en médecine générale ambulatoire « de jour », avec un bon nombre de consultations de pédiatrie, un peu gériatrie en maison de retraite, un peu d'hospitalisation sous contrainte et quelques gardes à vue.

EN QUELQUES MOTS, ÇA APPORTE QUOI ?

Un confort de vie inégalé, une souplesse horaire avec peu de contraintes du fait de l'absence de réelle urgence vitale en PDSA régulée, ajoutés aux bénéfices de la régulation sus-cités.

ET POUR LA SUITE ?

L'ambition que se fixe l'AMBAC est d'ouvrir deux à trois autres structures du même type, de façon à couvrir toute la PDSA du département du Cantal !

Maxence PITHON,

Vice-président de l'ISNAR-IMG

Interne de Médecine Générale à Clermont-Ferrand

¹ - Association des Médecins du Bassin d'Aurillac et du Cantal
² - Agence Régionale de Santé



En France, 80 % des médecins n'ont pas de médecin traitant personnel. Mythe du surhomme : un médecin ne peut pas être malade ? Peur du jugement : un médecin malade serait un médecin qui ne sait pas se soigner ? Sait-il alors soigner ses patients ? Il faut casser les paradigmes !

Les médecins vont plutôt moins bien que la population générale. C'est d'ailleurs suite aux suicides de trois Anesthésistes-Réanimateurs en l'espace de trois semaines en 2009 que le Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs (CFAR) a lancé la Commission Santé des Médecins-Réanimateurs au Travail (SMART). C'est cette commission qui est à l'origine de « DIS DOC, T'AS TON DOC ? », ou #DISDOC pour les tweets.

Les étudiants en médecine et les jeunes médecins ne sont pas en reste. Une enquête commune à l'ISNAR-IMG, l'ANEMF¹, l'ISNCCA², et l'ISNI³ portant sur plus de 21 000 étudiants, internes et jeunes médecins, met en évidence une santé mentale dégradée pour cette population qui est soumise à des risques psychosociaux liés au travail plus importants que ceux du reste de la population. Les résultats de cette enquête et les solutions que nous proposons seront présentés lors d'une conférence de presse, le 13 juin 2017.

L'automédication et l'autodiagnostic sont courants chez les médecins, toutes générations confondues. Ceci entraîne quasi systématiquement un retard à la prise en charge, coûteux sur le plan moral et social, qui peut parfois être fatal. Un médecin en moins bonne santé est non seulement un patient à aider mais aussi un soignant moins efficace. Par solidarité et par utilitarisme, il est indispensable que les médecins acceptent d'être, eux aussi, des patients. Comme chaque patient, ils ont besoin d'une oreille attentive et de quelqu'un qui prenne soin de leur santé.

Quel professionnel de santé est mieux armé qu'un Médecin Généraliste pour avoir une vision globale de ce patient particulier ?

Le CFAR a répondu à cette problématique par la mise en place de « DIS DOC, T'AS TON DOC ? ». Sous l'impulsion du Dr Max-André DOPPIA, une large campagne de communication est lancée pour inciter tous les médecins à avoir un Généraliste comme médecin traitant dès la formation initiale et tout au long de leur carrière, quelle que soit leur spécialité.

L'objectif est clair : un suivi médical pour 100 % des médecins dès 2027 !

Trente et une structures sont partenaires du projet dont le ministère de la Santé, des journaux spécialisés ou des syndicats de médecins. L'ISNAR-IMG en fait évidemment partie. À nous, futurs Médecins Généralistes de porter ce changement culturel majeur et indispensable pour une meilleure qualité des soins.

Comment participer ? C'est très simple, relayer la campagne ! Rendez-vous sur le site www.cfar.org, rubrique « DIS DOC, T'AS TON DOC ? », vous trouverez tous les supports adaptés selon le moyen de communication que vous souhaitez utiliser (Facebook, twitter, affiches, cartes postales etc.) et vous pourrez même bientôt les personnaliser ! Cette campagne se veut également internationale, elle est en cours de traduction dans 18 langues pour une diffusion dans toute l'Europe. outils pour évaluer la souffrance au travail des soignants.

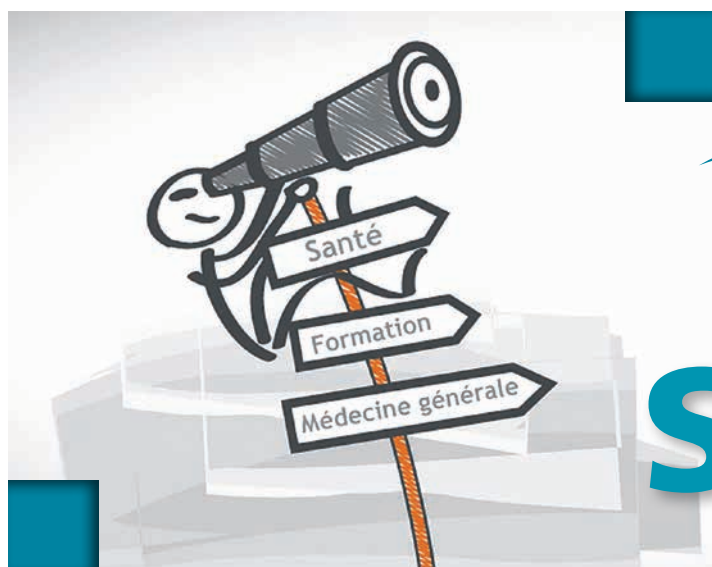
En bref, une campagne de prévention primaire simple, efficace et mettant le Médecin Généraliste au centre du soin : n'hésitez plus, vous aussi soyez porteurs de #DISDOC !

Stéphane BOUXOM,
Porte-Parole de l'ISNAR-IMG

1 - Association Nationale des Étudiants en Médecine de France

2 - Inter Syndicat National des Chefs de Clinique et Assistants

3 - Inter Syndicat National des Internes



TOUT SAVOIR SUR LA R3C¹

Les études médicales n'ont pas changé depuis une quinzaine d'années. Compte tenu de l'évolution de la pratique médicale et de la société, les réformer était devenu une nécessité. Le mouvement s'est mis en marche en 2010 avec la PACES², puis avec les réformes du premier et du deuxième cycle et arrive aujourd'hui au 3^e cycle.

Comme toute réforme, la Réforme du 3 Cycle, R3C pour les intimes, nécessitera une transition qui appelle à la vigilance afin de ne léser aucun étudiant. À l'occasion de la parution du dernier arrêté³ permettant l'application de la réforme à la rentrée prochaine, nous avons souhaité vous proposer cet article informatif afin que vous puissiez mieux comprendre ses enjeux, tenants et aboutissants.

» POURQUOI UNE RÉFORME DU TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES ?

Bien que la formation des médecins français soit reconnue dans le monde, elle reste néanmoins hétérogène entre les différentes facultés de médecine.

Le principal but de la réforme est d'améliorer et d'uniformiser la qualité de la formation des internes en médecine sur tout le territoire, en répondant mieux aux besoins de santé de la population.

Elle propose d'homogénéiser les outils pédagogiques existants et d'en mettre en place de nouveaux pour tous les étudiants de troisième cycle des études médicales.

Par ailleurs, améliorer la formation des internes en médecine, c'est aussi **mieux répondre à leurs besoins** de formation en accord avec leurs **projets professionnels**. C'est pourquoi la réforme propose un **contrat pédagogique individualisé** ainsi qu'un **accompagnement** toujours individualisé grâce à un référent pédagogique.

Un autre objectif de la réforme est la clarification des différentes filières de formation. En effet, aujourd'hui,

un interne de Médecine Générale ayant pour projet de s'installer en ambulatoire n'a pas les mêmes attentes de sa formation qu'un interne de Médecine Générale réalisant le DESC⁴ de Médecine d'urgence. Pour proposer une formation plus adaptée, la Médecine d'urgence sera filiarisée et deviendra un DES à part entière. Dans le même élan, on note entre autres la filiarisation des DES de chirurgie et du DES de Gériatrie. Cette réforme permet donc la **création de nouveaux DES** et la **suppression des DESC**.

Cependant, tout interne désireux d'acquérir plus précisément certaines connaissances, et de se construire des compétences complémentaires, appartenant au champ d'action de son DES d'origine, aura la possibilité de suivre une **FST⁵** ou une **option**, non obligatoire pour la validation de son DES.

Parmi les difficultés décrites par les internes et les jeunes chefs revient fréquemment la pression au changement de statut. C'est assez déroutant de passer du jour au lendemain du statut d'externe à celui d'interne, puis de celui d'interne à celui de médecin en pleine responsabilité. Cette réforme permet d'adoucir ces temps de transition par une **autonomisation plus progressive et plus encadrée**. Le but est de faciliter la prise de fonction des internes pour qu'ils deviennent sereinement des médecins en pleine responsabilité. La nouvelle réforme propose ainsi la création d'une maquette de stages en **trois phases d'apprentissage** avec des **lieux de stages adaptés au niveau de l'interne**. Ces trois

phases sont constituées d'une phase socle, d'une phase d'approfondissement et d'une phase de consolidation. Enfin, cette **réforme dynamique** permet à la formation des internes de mieux **s'adapter à l'évolution de la médecine et aux défis auxquels elle doit faire face**. En effet, elle repose en grande partie sur des arrêtés simples plus facilement modifiables que les décrets. Elle prévoit également un comité de suivi ainsi qu'une réévaluation régulière de la réforme **en fonction des besoins des patients et des capacités pédagogiques**.

» LA R3C ET LA MÉDECINE GÉNÉRALE

La R3C prévoit donc un DES en 3 phases: phase **socle** en 1 an, phase d'**approfondissement** en 2 à 3 ans et phase de **consolidation** en 1 à 2 ans. Cette réforme sous-entend donc un passage des DES en minimum 4 ans.

Pour la Médecine Générale, nous avons souhaité et sommes parvenus à maintenir une formation en 3 ans. En effet, les capacités de formation sont pour l'instant insuffisantes pour proposer 4 ans de **formation pertinente**. Les nouveaux internes de Médecine Générale n'auront donc pas, tant que le DES reste en trois ans, de phase de consolidation.

La nouvelle maquette de Médecine Générale consistera en une phase socle avec un semestre aux **urgences** et un autre en Médecine Générale ambulatoire (**praticien niveau 1**). La phase d'approfondissement est constituée d'un semestre en **médecine polyvalente**, un semestre en **santé de la femme**, un semestre en **santé de l'enfant**, et un semestre en **SASPAS**⁶. Cependant, devant l'impossibilité pour de nombreuses subdivisions de fournir un stage en santé de l'enfant ET un stage en santé de la femme, une mesure transitoire permet de remplacer ces deux stages par un stage couplé santé de la femme/santé de l'enfant et d'inclure ainsi un stage libre dans les 3 ans de formation.

La Médecine Générale ne propose **pas d'option**. Une liste de FST dites "d'intérêt" est précisée: addictologie, douleur, expertise médicale et préjudice corporel, médecine du sport, médecine scolaire et soins palliatifs. Toutefois, cette liste de FST n'est pas restrictive et les

internes de Médecine Générale ont accès à toutes les FST, sous réserve que leur projet pédagogique et professionnel soit cohérent et réponde à un besoin de santé.

» COMME TOUTE RÉFORME, LA R3C NÉCESSITE UNE TRANSITION. COMMENT CELLE-CI SE PASSERA-T-ELLE ?

Les textes mettant en place la R3C ne suffisent pas à garantir, seuls, une mise en place parfaitement équitable pour les internes en cours de cursus. Les acteurs locaux, Départements Universitaires de Médecine Générale, Agence Régionale de Santé et associations et syndicats d'internes, ont désormais la responsabilité de l'application de la réforme. Par exemple, les internes arrivant en première année à la rentrée 2017 choisiront en premier lors des choix de stage et sur une autre liste de choix que celle des étudiants en cours de cursus. C'est aux **commissions locales** de proposer des listes de stage intéressantes pour tous les internes. Nous veillerons donc à **bien accompagner** les structures locales afin d'assurer une **bonne équité**. Le maître mot sera d'anticiper les demandes des étudiants en cours de cursus pour leur ouvrir des terrains de stage qui collent à leurs attentes.

Co-rédigé par

Carole LENEVEU,

*Chargée de mission Villes du Nord à l'ISNAR-IMG,
Interne de Médecine Générale à Nancy.*

et

Alexandre LOSORGIO,

*Chargé de mission Formation de l'interne à l'ISNAR-IMG,
Interne de Médecine Générale à Clermont-Ferrand.*



» Pour toute information supplémentaire, n'hésitez pas à consulter notre guide "La réforme du troisième cycle des études médicales en trois minutes! (ou presque)" disponible sur notre site www.isnar-img.com (rubrique *Les contributions et propositions*). Vous pouvez également nous adresser directement vos questions à contact@isnar-img.com

- 1 - R3C: Réforme du troisième Cycle.
- 2 - PACES: Première Année Commune des Études de Santé.
- 3 - Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.
- 4 - DESC: Diplômes d'Études Spécialisées Complémentaires.
- 5 - FST: Formations Spécialisées Transversales.
- 6 - SASPAS: Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

Dispositif de gestion des soins non programmés en région sous-médicalisée : un **SASPAS** aux urgences



Dans le grand secteur de Mauriac ; un peu perdu dans le Cantal ; la démographie médicale est en baisse avec, en perspective, de nombreux départs à la retraite de médecins généralistes.

Pour faire face à cette désertification, un médecin généraliste et un urgentiste de Mauriac ont collaboré pour permettre la mise en place d'un nouveau dispositif : une consultation de Médecine Générale par des internes en SASPAS au sein de l'hôpital de Mauriac.

Ce dispositif permet aux médecins généralistes locaux de transférer les patients qu'ils ne peuvent pas recevoir en consultation car leur planning est complet ou qu'ils sont en congés, sans surcharger leurs collègues. Les patients qui n'ont pas de médecin traitant peuvent également consulter et réaliser leur suivi grâce à ce dispositif. Enfin, un certain nombre de patients sont adressés par les urgences de l'hôpital pour des motifs de Médecine Générale.

Au total, 70 % des patients ont été orientés dans le dispositif par les cabinets de Médecine Générale, 20 % sont venus d'eux-mêmes et 10 % ont été adressés par le service des urgences. Il y a eu en moyenne 7.5 patients par jour.

Les principaux freins à l'essor du dispositif sont le manque de communication auprès des généralistes et de la population du secteur ainsi qu'un système ne reposant que sur des internes en SASPAS sans médecin référent attaché au service. Ce dernier point a mis en difficulté la pérennité du dispositif puisqu'à la fin du premier semestre d'expérimentation, le poste n'a pas été pourvu par des internes.

Nous étions deux à y travailler avec un mi-temps dans cette consultation et l'autre mi-temps dans un cabinet de Médecine Générale.

Nous exerçons en autonomie complète mais en sécurité, puisqu'au moindre doute nous pouvions prendre avis auprès du service des urgences (dans le même bâtiment), ou contacter nos maîtres de stage universitaires libéraux.

Nous avons également à disposition le plateau technique de l'hôpital (services de biologie et de radiologie, les autres spécialistes attachés).

L'ARS et le conseil régional sont fortement intéressés par ce dispositif pour palier à la désertification médicale.

À l'avenir, le stage sera pourvu obligatoirement en SASPAS, ce qui permettra la pérennité du projet. Puis, lorsque plusieurs généralistes prendront leur retraite, l'activité augmentera de manière exponentielle et un médecin référent attaché au service sera certainement sollicité.

Ce stage m'a permis de surmonter la peur d'être tout seul à gérer un patient et j'ai beaucoup aimé être en autonomie. Finalement en fin de cursus c'est ce dont on a envie : gérer seul !

Exercice seul oui, mais dans une structure où l'on peut passer du temps avec le personnel, discuter, échanger, boire le café... Il faut dire que la fréquentation n'a pas été très importante et pour débiter je trouve cela plutôt pas mal ; j'ai pu prendre le temps avec les patients sans stress.

En effectuant ma thèse sur l'utilité de ce dispositif, je me suis rendu compte de la complexité des rapports entre l'ARS, la région et les médecins de terrain. Comme beaucoup d'études le montrent, seule une collégialité des différents intervenants peut permettre de lutter efficacement contre la désertification médicale.

Ça m'a vraiment plu d'être dans un stage pilote et innovant, en plus dans un bel environnement. Les régions perdues sont belles ! J'espère que le dispositif perdurera !

Florian SCHMITT,
Interne de Médecine Générale à Clermont-Ferrand

4th VdGM Forum



Strasbourg, France

21-22 April 2017

Retour sur le IV^e congrès de Vasco da Gama Movement à Strasbourg

27-30 avril 2017

“ Je suis arrivé le jeudi 27 avril à Strasbourg pour un événement dont l'enjeu était d'une importance européenne, voire mondiale : le IV^e Congrès du Movement Vasco da Gama ! Le « social program » avait commencé quelques jours auparavant.

Un premier atelier, présenté par Claire-Marie Thomas, présidente britannique du mouvement Vasco da Gama a eu lieu le vendredi. Sa présentation, intitulée « Find your leading voice » était très interactive et montrait à quel point ce genre de manifestation peut réunir des compétences, en termes de pédagogie, de communication et de management. Nous avons dans un premier temps créé des sous-groupes de travail, à deux, puis à plus. Nous avons vu de nombreux exemples de ténors de la communication qui s'appuyaient sur des histoires, personnelles ou non, pour étayer une argumentation ou pour introduire une histoire au sein d'un discours, d'une façon assez didactique. Nous avons pu percevoir à quel point ce format pouvait être fort, si utilisé de manière adéquate.

À midi, j'ai rejoint la délégation italienne, dans une ambiance détendue, emplie de récits de voyages et d'expériences médicales à l'étranger.

L'après-midi, accueil cette fois dans un amphithéâtre de la faculté pour des présentations et formations, notamment sur le thème de la vaccination, central cette année. J'ai suivi pour ma part une formation axée sur la communication et animée par le Professeur Job Metsemakers, ponte dans ce domaine aux Pays-Bas et responsable des finances au sein de la Wonca¹, édifiant également...

Le lendemain, d'autres sessions ont eu lieu concernant les urgences en Europe, la gestion de l'e-medicine, le management en clinique, ou encore la formation médicale en soins primaires dans nos pays respectifs. Par ailleurs, la question des problèmes médicaux présentés par les réfugiés a été soulevée.

La session de paroles ouverte, ou « community building », à nouveau organisée par Claire-Marie Thomas fut extraordinaire. Elle a constitué un espace d'échanges

intenses où chacun a pu partager des idées, des plus évidentes aux plus loufoques, mais toujours novatrices pour le bien-être de nos patients.

Enfin, juste avant la cérémonie de fermeture, nous avons assisté à un exercice inhabituel. Une patiente porteuse d'une répétition anormale de triplets CAG, et donc bientôt confrontée à la maladie de Huntington, nous a fait cours, à nous médecins, pour nous exposer son point de vue. Elle a développé, en tant que patiente experte, ce qui nous fait défaut pour approcher cette maladie et apporter aux patients ce qui leur manque dans le suivi des maladies graves. Ce discours mené par une patiente qui en savait probablement plus long sur cette pathologie que nombre d'entre nous, était à la fois émouvant et instructif.

C'est sur cette note que nous avons quitté la faculté pour nous rendre à la Mairie où un cocktail nous attendait, avec remerciements de la part de l'équipe alsacienne pour notre engagement. Puis, est venue la soirée de clôture organisée sur une péniche, à la Petite France, quartier emblématique de la ville, avec des médecins, de tous âges et de toutes nationalités.

J'espère que nous serons nombreux à l'édition 2018 à Porto où l'équipe organisatrice nous a d'ores et déjà prédit un accueil et des ateliers dignes de ceux proposés par l'équipe strasbourgeoise.

En attendant l'édition portugaise, rendez-vous à Prague pour la pré-conférence les 27 et 28 juin, suivie du congrès de la WONCA ! Personnellement, je ne la manquerai pas.

— Virgile KORSEC,

Interne de Médecine Générale à Rennes,
Responsable Relations Internationales à l'ISNAR-IMG

1 - World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Les déserts médicaux / c'est pas du danois !

Comment sont gérés la densité médicale et le travail des médecins généralistes (MG) dans ce pays voisin ?

Commençons par les études : les étudiants sont sélectionnés

à l'entrée à l'Université via un *numerus clausus* décidé par le Ministère de la Santé (3500 élèves en 2012 sur 12 universités), correspondant au nombre d'étudiants dont le Ministère financera la formation. Selon les places offertes par les universités, les élèves ayant obtenu une moyenne supérieure à 8/10 dans le secondaire sont admis automatiquement en médecine. Néanmoins, les universités peuvent accueillir plus d'étudiants si elles le veulent.

Aux Pays-Bas, seuls des médecins généralistes exercent en ville. L'installation d'un généraliste requiert d'être enregistré auprès de l'agence gouvernementale *Inspectie Gezondheidszorg*. Réglementairement, les médecins généralistes sont libres de s'installer où ils le souhaitent. Les consultations sont remboursées au médecin dès lors que le généraliste est doté d'un contrat avec l'assureur du patient : il doit donc avoir un accord avec les assureurs de tous ses patients.

Le médecin généraliste reçoit une rémunération fixe par patient dont il est le médecin traitant, et une rémunération variable par consultation. Les patients choisissent leur médecin, les médecins peuvent refuser des patients.

Les assureurs se sont déjà saisis de leur capacité à refuser le conventionnement pour imposer une tentative de contrôle de l'installation. Ils ont requis que, pour les nouvelles installations, le médecin obtienne une autorisation de la part de l'association locale de généralistes certifiant qu'il existe assez de demandes dans la zone pour justifier l'installation. L'Autorité de la Concurrence des Pays-Bas a jugé le dispositif anticoncurrentiel. Elle a par conséquent condamné l'association nationale des médecins généralistes à une amende de 7,7 millions €. Néanmoins,

À l'heure où l'accès aux soins fait débat en France et pose des problèmes au Royaume-Uni, en Allemagne, en Espagne et en Belgique, un irréductible pays européen ne rencontre pas ces difficultés : les Pays-Bas

L'Autorité a explicitement envisagé la possibilité d'une organisation géographique des soins par les assureurs (hors pratiques jugées anticoncurrentielles).

Les danois sont satisfaits

de l'accès aux soins avec, en moyenne, un médecin généraliste à 15 minutes et un rendez-vous dans les 48 heures.

Pourtant la densité médicale y est inférieure avec 2 300 patients par médecin exerçant à temps plein contre 1 250 patients/médecin en France. Comment font les médecins danois pour avoir autant de patients ? Une explication peut-être la délégation de tâches, des infirmières praticiennes dans les cabinets de MG suivent les patients diabétiques, BPCO ou vasculaires ; il y a aussi des infirmières « psychiatriques » habilitées à gérer les troubles légers sous la supervision du médecin. Les médecins du travail sont habilités à référer un patient à un spécialiste. Les kinésithérapeutes sont en accès libre.

Concernant la répartition des médecins, il est évident que Les Pays-Bas sont avantagés par une superficie moindre et une densité de population importante, sans zone dépeuplée. À noter également une meilleure santé économique (taux de chômage à 7,4 % en 2014). Concernant la répartition des compétences, en revanche, nous pouvons progresser !

Nicolas OUSTRIC,

*Responsable Partenariats de l'ISNAR-IMG,
Interne de Médecine Générale à Tours*

Bibliographie

- Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens ; Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé ; mars 2015
- The Netherlands Health System Revue - The European Observatory on Health Systems and Policies

« Quelle est la rémunération des gardes de week-end ? »



Bonjour,

Comme le mentionne l'Arrêté du 20 mai 2016 relatif à l'indemnisation des gardes effectuées par les internes, ces derniers perçoivent, pour chaque garde effectuée au titre du service de garde normal :

- la nuit du samedi au dimanche
 - le dimanche ou jour férié en journée
 - la nuit du dimanche ou d'un jour férié,
- une indemnité forfaitaire de garde d'un montant brut de 130,02 €.

L'article 3 de ce même arrêté, mentionne que « Pour le travail supplémentaire effectué, lorsque la permanence des soins l'exige, les samedis après-midi, dimanches et jours fériés, l'interne ou le faisant fonction d'interne perçoit une demi-garde par demi-journée, au montant fixé à l'article 2 (nb : Demi-garde supplémentaire : 65,01 € brut), imputable sur les obligations de service. Ce travail doit figurer, assorti de la mention « continuité de service » (CS), sur les tableaux mensuels nominatifs de service et les tableaux de gardes et astreintes dressés par le directeur en application de l'article 3 de l'arrêté du 10 septembre 2002 susvisé, après validation par la commission des gardes sur la demande motivée du chef de service ou de département, ou par le médecin-chef de l'hôpital des armées ».

Le samedi matin est inclus dans les 8 demi-journées de travail hebdomadaire. Cependant, si tu effectues plus de 8 demi-journées dans la semaine, lissées sur une période de 3 mois, tu peux récupérer ces demi-journées supplémentaires comme l'indique l'Article R. 6153-2-2. II. du Code de la Santé Publique :

En résumé :

- ton samedi 9h-9h est rémunéré : 65,01 + 130,02 soit 195,03 euros brut et tu peux récupérer ton samedi matin si tu dépasses les 8 demi-journées de travail par semaine en moyenne.
- ton dimanche de 24h est payé : 130,02 + 130,02 soit 260,04 euros brut.

Juliette CASSAGNAU,

Chargée de Mission Publication
Interne de Médecine Générale à Nantes

L'ANTIDOTE

Bulletin trimestriel gratuit

Rédactrice en chef : Juliette CASSAGNAU

Contact : publication@isnar-img.com - Tél. 04 78 60 01 47

Réalisation - Impression : Groupe Drouin Maître Imprimeur -

04 73 26 44 50 - groupe-drouin.fr

Photos : DR - Freepick.com - 123RF

N° ISSN : 2117-6760

ISNAR-IMG

Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

286 rue Vendôme 69003 LYON - Tél. 04 78 60 01 47

Fax 09 57 34 13 68 - www.isnar-img.com

SIRET 424 972 305 00025 - Code APE 9420Z - Union de syndicats professionnels (livre IV du Code du Travail) et d'associations (loi 1901).

Déclarée représentative depuis 1999. Membre de la FAGE. Membre du Conseil Supérieur des Hôpitaux. Membre du conseil d'orientation de l'ONDPS.

Retrouvez-nous
maintenant en ligne

» <https://antidote.isnar-img.com/>