



www.isnar-img.com

MÉDECINE & SOCIÉTÉ

- Soins palliatifs en France : et maintenant, on va où ?
- La PDSA
- Recertification : le futur contrôle continu des médecins ?

À LA LOUPE

- Travailler au sein d'un DMG : Pourquoi ? Comment ?
- Autopsie d'une future médecin légiste
- J'ai pris six mois ferme
- Une journée en PMI

ICI OU AILLEURS

- Stage au CASO Médecins du Monde
- L'éducation thérapeutique en Médecine Générale



ÉDITO



Pour le Bureau
de l'ISNAR-IMG
Yves-Marie VINCENT
Président

SOMMAIRE

Médecine & Société

Soins palliatifs en France : et maintenant, on va où ?	3
La PDSA	4
Recertification : le futur contrôle continu des médecins ?	5

À LA LOUPE

Travailler au sein d'un DMG : Pourquoi ? Comment ?	6
Autopsie d'une future médecin légiste	7
J'ai pris six mois ferme	8
Une journée en PMI	9

ICI ou AILLEURS

Stage au CASO Médecins du Monde	10
L'éducation thérapeutique en Médecine Générale.....	11

QUESTION D'INTERNE

Congés et Remplacement	12
------------------------------	----

En 2004 était créé le Diplôme d'Étude Spécialisé de Médecine Générale, véritable révolution faisant officiellement de notre discipline une spécialité propre avec son internat et sa formation spécifique.

Plus de 10 ans après sa naissance, il est temps de se préparer à son évolution. Car comme toutes les spécialités, la Médecine Générale prendra le wagon de la réforme du 3^e cycle en 2017.

Il s'agit d'une occasion unique de remodeler notre enseignement et nos stages pour les rendre plus adaptés à notre futur métier. Une occasion unique de sortir un peu plus de l'hôpital pour se rapprocher des cabinets, des maisons de santé et des autres centres médicaux ambulatoires. Une occasion unique de centrer notre formation sur notre futur exercice.

L'ISNAR-IMG sera présente à ce rendez-vous, qui conditionnera la formation des Médecins Généralistes de la prochaine décennie, pour porter la voix et l'expertise des internes. Car qui serait mieux placé pour faire évoluer l'internat de Médecine Générale que les générations qui l'ont vécu de l'intérieur ?

C'est aussi pour les futures générations d'internes que l'ISNAR-IMG continue son travail.



et maintenant, on va où ?

Le 27 janvier 2016, le Parlement français a adopté la *Loi n° 2016-87 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie*, plus connue sous le nom de Loi CLAEYS-LEONETTI¹. Elle complète et modifie la Loi LEONETTI.

» C'ÉTAIT QUOI DÉJÀ LA LOI LEONETTI ?

Instauré en 2005, ce texte présente plusieurs grands principes concernant la prise en charge des patients en fin de vie, c'est-à-dire « *en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause.* »

Il a inscrit dans la loi la notion d'« *acharnement thérapeutique* » et surtout son interdiction. Son corollaire est l'obligation de dispenser des soins palliatifs avec, dans ce cas, la possibilité pour le médecin de soulager les souffrances d'un patient même si cela a pour effet indirect d'accélérer la survenue du décès. La loi LEONETTI évoque aussi les directives anticipées, la décision collégiale nécessaire à l'arrêt des traitements d'un malade inconscient, et l'importance de la personne de confiance. L'objectif premier de la prise en charge palliative d'un patient doit être de « *sauvegarde[r] la dignité du mourant et [d']assurer la qualité de sa fin de vie.* »

» LOI CLAEYS-LEONETTI, QUOI DE NEUF À L'HORIZON ?

Elle pérennise le droit de mourir dans la dignité. Pour cela, la formation initiale et continue des soignants aux soins palliatifs est sanctuarisée et inscrite comme une obligation réglementaire.

Ce texte confirme le refus de l'obstination déraisonnable en précisant que la nutrition et l'hydratation artificielle font partie des traitements qui peuvent être arrêtés.

L'article 3 introduit le concept de « *sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie* » dans des circonstances précises, même si cela peut abrégé la vie. Cette prise en charge peut se faire au domicile du patient.

Le statut de personne de confiance est précisé : son rôle est de « *rendre compte de la volonté de la personne* ». Il peut s'agir d'un parent, d'un proche ou même du médecin traitant !

La rédaction des directives anticipées est clarifiée avec la création d'un registre national.

Le médecin traitant doit informer ses patients de la possibilité de rédiger ses directives anticipées et de désigner une personne de confiance.

» ET DANS LA VRAIE VIE, COMMENT ÇA SE PASSE POUR L'INSTANT ?

Le DESC² de soins palliatifs a été créé en 2008 pour accompagner le développement de l'offre de ces soins, soit 3 ans après la Loi LEONETTI.

Le dernier état des lieux gouvernemental de 2011³ mettait en évidence des réalités locales contrastées, avec un accroissement prévisible des disparités. Chaque région dispose d'au moins une Unité de Soins Palliatifs (USP). Les possibilités de prise en charge spécifique sont renforcées par la création de Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP) et d'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP).

Un nouveau plan national est en cours jusqu'en 2018⁴, il est construit sur 4 axes :

- l'information du grand public,
- la formation des professionnels,
- le développement des prises en charge de proximité,
- l'accès aux soins palliatifs pour tous.

» QUEL SERA L'IMPACT DE CETTE NOUVELLE LOI ?

Affaire à suivre...

Racha ONAISI,

Trésorière adjointe de l'ISNAR-IMG

Interne de Médecine Générale à Bordeaux

1 - Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

2 - Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

3 - État des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010, rapport AUBRY

4 - Plan National 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie.



LA PDSA

» LA PDSA, QU'EST-CE QUE C'EST ?

La PDSA, c'est l'acronyme pour Permanence Des Soins Ambulatoire. Ça sonne presque comme PPDA mais rien à voir !

Elle est définie par décret¹. Son objectif est de répondre aux besoins de soins non programmés en dehors des horaires d'ouverture des cabinets : tous les jours entre 20h00 et 8h00, les dimanches et jours fériés de 8h00 à 20h00 et parfois lors des « ponts ».

» COMMENT ÇA MARCHE ?

Elle peut revêtir des formes très variables, allant de la maison médicale de garde à la régulation téléphonique en passant par la permanence au cabinet. En théorie, l'accès au médecin de permanence (ou médecin de garde) est régulé, par le 15 le plus souvent. La *Loi de modernisation de notre système de santé* devrait entraîner la mise en place d'un numéro d'appel unique national pour le recours à la PDSA afin de désengorger les lignes des centres 15 à partir de 2020.

Depuis 2002, les médecins s'inscrivent sur la base du volontariat sur des tableaux établis par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins qui sont secondairement transmis à l'Agence Régionale de Santé. L'organisation sur le terrain de la PDSA varie beaucoup d'une région à l'autre, et même d'un département à l'autre !

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a publié un état des lieux de la permanence des soins au 31 décembre 2015 disponible en ligne².

» ET SINON, MOI, INTERNE, EN QUOI ÇA M'INTÉRESSE ?

Notre formation actuelle n'aborde pas ce versant de notre pratique, ni sur le plan théorique, ni en stage. Ainsi, beaucoup de jeunes diplômés ne connaissent pas du tout le déroulement de ces gardes ambulatoires.

Or, bien qu'elle ne soit plus obligatoire, la participation à la PDSA fait l'objet de l'article 77 du Code de Déontologie Médicale qui s'impose à tous médecins. Tâche difficile à accomplir quand on ne sait pas de quoi il s'agit !

» DU COUP, SI J'AI ENVIE D'Y PARTICIPER, JE PEUX ?

Il n'y a pour l'instant aucun texte encadrant la participation des internes à la PDSA. Durant leurs stages ambulatoires, une partie des internes continue à réaliser des gardes hospitalières, via des conventions. Certains internes participent aux gardes ambulatoires via des remplacements mais dans ce cas, comme pour tout remplacement, il n'y a pas d'accompagnement pédagogique.

Quasiment aucune subdivision n'en propose à ses internes. Seule la faculté de Créteil a expérimenté une solution pour les internes en SASPAS³. Du fait de l'absence de cadre réglementaire, le Département de Médecine Générale de Créteil a élaboré, conjointement avec le CNOM, un contrat de remplacement dédié incluant une clause de séniorisation. Une rémunération spéciale se fait par rétrocession partielle des honoraires, le maître de stage n'en percevant qu'une partie fixe pour la fonction de séniorisation.

» OH ZUT... MAIS !

La question de la participation des internes de Médecine Générale à la PDSA se pose depuis un certain temps déjà. Cela nous permettrait de découvrir cet aspect de notre pratique future plus tôt dans notre cursus.

Il reste à répondre à un certain nombre de questions d'ordre pédagogique et organisationnel. Mais vous voulez une bonne nouvelle ? La réflexion sur ce sujet sera portée par nous, l'ISNAR-IMG⁴, c'est-à-dire par vos structures associatives ou syndicales locales, donc par VOUS, internes, pour défendre un projet qui corresponde à vos attentes !

Racha ONAISI,

Trésorière adjointe de l'ISNAR-IMG
Interne de Médecine Générale à Bordeaux

1 - Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins

2 - https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquete_pds_2015.pdf

3 - Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

4 - InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

RECERTIFICATION

le futur contrôle continu des médecins ?

Déjà présente chez nos voisins, la recertification est décrite comme « l'idée de valider les acquis de l'expérience et d'assurer le maintien des connaissances et la sécurité des usagers. » C'est la dixième proposition du Livre Blanc du Conseil National de l'Ordre des Médecins¹ paru au début de l'année 2016.

» AUX ORIGINES

La déontologie médicale impose que « tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances » et délivrer « des soins consciencieux et fondés sur les données acquises de la science. »

Ce devoir est devenu une obligation réglementaire en 1996 sous la forme de la Formation Médicale Continue (FMC). Cette dernière s'est développée avec de fortes disparités, sans donnée permettant d'apprécier les pratiques, les attentes ou les besoins.

En 2009, le Développement Professionnel Continu (DPC) est apparu avec la loi HPST². Ce dispositif de formation a été mis en place pour regrouper les évaluations des pratiques professionnelles et pour perfectionner les connaissances. Cependant il existe des dysfonctionnements avec notamment un budget annuel épuisé très rapidement, au mois de septembre l'an dernier, et l'absence de sanction lorsque la formation continue n'est pas suivie.

» QUELQUES EXEMPLES CONCRETS VOISINS³

En Angleterre, le médecin rend compte tous les 5 ans au General Medical Council (Ordre des médecins britannique). Sa capacité à pratiquer la Médecine est évaluée au cours d'un entretien portant sur ses formations, ses capacités en communication, ses relations avec ses confrères...

Au Canada, en dehors des hôpitaux, c'est l'Assurance Maladie qui identifie les comportements extrêmes. Le Collège des Médecins exerce une surveillance via des indicateurs, des analyses de dossiers lors de visite d'inspection et des entrevues professionnelles.

Aux États-Unis, la « maintenance of certification » a lieu sur la base du volontariat via des tests de connais-



sances en ligne tous les 10 ans.

En Allemagne, la formation continue est aussi une obligation déontologique mais ne fait l'objet d'aucun contrôle. Il existe une forme de mesure incitative qui rémunère le médecin s'il se forme à la prise en charge d'une pathologie spécifique comme le diabète.

Aux Pays-Bas, la recertification est une obligation légale, contrôlée par les associations professionnelles de médecins. Les praticiens doivent exercer régulièrement (au moins une journée par semaine) et valider 40 heures de formation tous les 5 ans afin d'être recertifiés.

» QUELS PROJETS EN FRANCE ?

Les différents rapports ministériels insistent sur l'intérêt d'une évaluation formative plutôt que sanctionnante. Ils soulignent le rôle important des Collèges de spécialités et des référentiels métier.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins propose d'encadrer une recertification tous les 6 ans, dont le contenu relèverait des collèges nationaux, et qui serait financée par contribution professionnelle des médecins. L'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu s'occuperait du recueil des formations continues effectuées (congrès et autre) et des diplômes. Ce nouveau système serait par ailleurs un moyen de favoriser les passerelles entre les spécialités.

» ET VOUS, QU'EN PENSEZ-VOUS ?

— Alice MAUDET,

Trésorière de l'ISNAR-IMG

Interne de Médecine Générale à Angers

1 - Livre Blanc du CNOM - 2016.

2 - Loi portant la réforme de l'Hôpital et relative aux Patients à la Santé et aux Territoires.

3 - Rapport d'Yves MATILLON mars 2006 à l'intention de Xavier BERTRAND, ministre de la Santé et des Solidarités.

TRAVAILLER AU SEIN D'UN DMG

POURQUOI ? COMMENT ?

Le rôle d'un Département de Médecine Générale (DMG) est d'organiser les enseignements des futurs Médecins Généralistes et de s'impliquer dans la recherche. Le CNGE¹ a fait le triste constat d'un ratio [enseignant équivalent temps plein/étudiant] de 1 pour 99 au 1^{er} janvier 2016. Le gouvernement s'est engagé à renforcer la filière universitaire en créant 80 postes de chefs de cliniques d'ici 2017².

» BONJOUR STÉPHANE, PEUX-TU NOUS EXPLIQUER TON PARCOURS PROFESSIONNEL ?

Stéphane Munck : J'ai 34 ans. J'ai fait mon internat à Nice puis j'ai exercé en tant que remplaçant deux ans pendant lesquels j'ai été Président de l'ISNAR-IMG entre 2010 et 2011. Je suis actuellement Chef de Clinique Universitaire de Médecine Générale (CCU-MG) à l'Université de Nice, et j'exerce en libéral dans les Alpes Maritimes en milieu semi-rural. Je suis aussi représentant des chefs de clinique au sein de ReAGJIR³.

» LES POSTES DE CCU-MG SONT OBSCURS POUR DE NOMBREUX ÉTUDIANTS. QUELS SONT LES PRÉREQUIS POUR DEVENIR CCU-MG ET COMMENT S'ORGANISE TON EMPLOI DU TEMPS ?

S.M. : Les prérequis obligatoires sont : être thésé, poser sa candidature au maximum dans les quatre ans après la thèse et avoir une activité de soins avec un statut de collaborateur ou d'associé (le remplacement peut être toléré dans les premiers mois). Certains prérequis sont spécifiques à chaque DMG comme le fait d'avoir un master 1 ou 2. Plus le CV est étoffé et la motivation grande, plus les chances d'être sélectionné augmentent. Pour mon planning, la moitié de mon temps est consacrée aux soins, le reste à l'enseignement ou la recherche. Ma rémunération de médecin libéral est complétée par le salaire de l'Université (environ 1150 € nets par mois). Alors en effet tu peux gagner moins qu'un médecin exclusivement libéral mais la qualité de vie est différente.

» L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE SONT-ILS OBLIGATOIRES POUR UN CCU-MG ?

S.M. : Cela dépend de la dynamique de chaque DMG et de ce que tu peux lui apporter. La recherche peut être moindre que l'enseignement par exemple, mais diriger des thèses me semble un minimum.

» LE POSTE DE CCU-MG EST UN POINT D'ÉTAPE DANS UNE CARRIÈRE. QUELLES SONT LES AUTRES POSSIBILITÉS POUR TRAVAILLER AU SEIN D'UN DMG ?

S.M. : Ce n'est pas forcément un point d'étape. Cela peut être juste le souhait d'avoir une part de pédagogie ou de recherche après son internat. La filière universitaire est une pyramide, avec à sa base les chefs de clinique, puis les MCU⁴, puis les PU⁵.

Mais tu peux également devenir enseignante associée pour ceux qui souhaitent une part plus pédagogique (CCA⁶, MCA⁷, PA⁸). Les autres possibilités sont d'être chargé d'enseignement, faire partie d'un groupe de pairs, participer au tutorat, être directeur de thèse ou maître de stage.

» QUE DIRAIS-TU À UN JEUNE THÉSÉ QUI HÉSITE À S'INVESTIR AU SEIN DE SON DMG ?

S.M. : Il faudrait savoir pourquoi il hésite. Si les projets du DMG lui plaisent, il faut foncer ! C'est une stimulation intellectuelle perpétuelle, un exercice diversité. Il est possible de candidater dans une autre faculté que celle de son internat. Les structures locales de ReAGJIR⁹ peuvent vous renseigner.

Propos rapportés par

Alexandre DIDELOT,

Trésorier de l'Association de Moyens de l'ISNAR-IMG.

Interne à Nancy

1 - Collège Nationale des Généralistes Enseignant, Communiqué de presse du 29 avril 2016

2 - Grande Conférence de Santé, 12 février 2016

3 - Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes installés et Remplaçants

4 - Maître de Conférence Universitaire

5 - Professeur Universitaire

6 - Chef de Clinique Associé

7 - Maître de Conférence Associé

8 - Professeur Associé

9 - Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes installés et Remplaçants



Autopsie d'une future médecin légiste

Dès le collège j'ai voulu faire Médecine avec comme seul objectif : Médecin légiste ! Mon amour des polars a sûrement joué un rôle dans ce choix (par contre NON, je n'ai jamais regardé la série *Les Experts* !). Malheureusement, lors de mon externat l'accès à ce stage était très limité. J'ai pu y aller une semaine grâce à l'appui d'une chef de service qui souhaitait m'offrir un aperçu de la Médecine Légale.



Cette semaine a été de la folie ! J'ai pu y voir toutes les facettes de cette spécialité : de la consultation de victimologie aux expertises psychiatriques en passant par l'autopsie et même la reconstitution d'une scène de crime !

Pourtant, malgré cette expérience, en débutant mon internat de Médecine Générale mon cœur

balançait de plus en plus vers la pratique libérale. Mes proches me disaient « tant mieux si tu abandonnes ce projet, les repas de famille seront moins glauques quand tu parleras de ton boulot. »

Arrivant à la fin de mon DES¹ de Médecine Générale, je me suis dit « et maintenant je fais quoi de mes deux stages libres ? » Mes envies d'adolescente me sont revenues en mémoire, et j'ai finalement décidé de me plonger 6 mois, « les mains dans le cambouis » comme me l'a dit mon chef, pour vraiment me fixer sur ma pratique future.

Les démarches n'ont pas été faciles car à Nantes il n'y a qu'une place en stage par semestre. J'ai réussi à l'avoir mais on m'a prévenu que le DESC² était peu accessible par manque de postes en post-internat... Tant pis, je m'engageais dans 6 mois de « découverte » de la Médecine Légale, c'était déjà super d'y avoir accès.

Quand j'ai annoncé à mes amis, déjà bien avancés dans leurs études médicales, ce que j'avais entrepris de faire au prochain semestre, certains me disaient « mais tu vas voir des morts toute la journée, t'es folle ! » Je me suis rendu compte que cette spécialité était mal connue de mes pairs. La Médecine Légale c'est avant tout des consultations de vivants, accueillis dans l'unité médico-

judiciaire (certificat de coups et blessures, certificat d'excision ou de maltraitance pour les demandeurs d'asile, évaluation de l'âge osseux...) qui occupent près de 70 % de notre activité. Les 30 % restant concernent l'activité à l'institut médico-légal pour les expertises autopsiques et les examens de corps. Dans tous les cas nous travaillons sur réquisition de la Justice : on ne rend de comptes qu'aux Officiers de Police Judiciaire et aux magistrats.

Après quelques semaines de pratique, j'en ai choqué plus d'un en disant que les consultations des vivants étaient souvent plus dures que l'activité de thanatologie. Le vivant partage avec nous tout ce qu'il a vécu, avec ses mots et ses expressions, les émotions nous envahissent souvent. Le mort, lui, ne nous parle que de ses dernières heures ; même si on sait qu'elles ont pu être douloureuses, on encaisse plus facilement.

De mes premières journées, je me rappelle encore m'être réveillée toutes les nuits à 4 heures avec des images en lien avec le stage... D'une certaine façon, ça m'a rassurée d'avoir ces sentiments-là. Malheureusement pour mes amis, parler était mon exutoire. Je sais que j'ai pu en rebuter certains, mais j'ai aussi vu chez d'autres un grand intérêt en découvrant cette spécialité et les choses incroyables qu'on peut apprendre dans notre partenariat avec la Justice !

Cette spécialité est vraiment très enrichissante sur le plan médical et personnel. Je n'ai pas le projet de faire le DESC car mon désir du libéral reste bien présent. Mais si la capacité (ou équivalent) résiste à la réforme du DES, je la ferai après ma thèse pour toujours garder un peu « les mains dans le cambouis » !

Laura COURTEILLE,

Interne de Médecine Générale à Nantes

¹ - Diplôme d'études spécialisées.

² - Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires.

J'AI PRIS

6
mois

FERME !

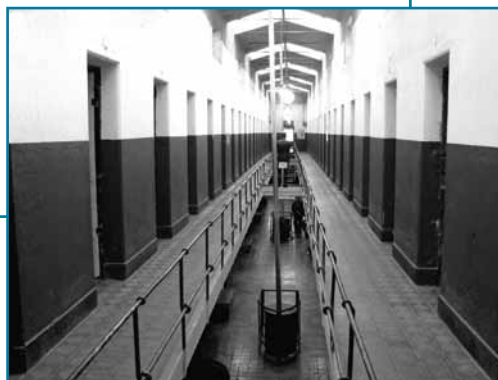
EH oui, six mois en prison. Enfin ça, c'était ma blague récurrente avant de commencer mon semestre aux Unités Sanitaires du Centre Pénitentiaire de Nantes. Passé l'étonnement initial, les personnes avec qui je discutais oscillaient entre curiosité, préjugés et clichés américains.

» **« TU DOIS DONC SOIGNER DES VIOLEURS ET DES TERRORISTES ? »**

Possiblement. Mais je ne demandais jamais leur motif d'incarcération pour éviter de me poser trop de questions et pour rester empathique. De plus, ce n'est pas la majorité des patients. La Maison d'Arrêt regroupe les prévenus, c'est-à-dire les détenus en attente de leur jugement quel que soit le type d'affaire ; et les condamnés à une peine « courte » soit moins de deux ans en moyenne. Il y a donc divers profils, des « *grands méchants* », des délinquants de la route, des trafiquants de stupéfiants... Au Centre de Détention se trouvent des détenus condamnés pour des peines allant de deux à quinze ans. Les conditions de détention sont moins sévères que pour les condamnés incarcérés dans une Maison Centrale. Je partageais mon temps entre la Maison d'Arrêt et le Centre de Détention.

» **« VOUS VOYEZ LES DÉTENUS QUE POUR LES URGENCES, NON ? »**

Les urgences ne sont qu'une part mineure de l'activité. Environ un tiers des consultations sont dédiées aux « arrivants ». Tous les détenus doivent voir un médecin dans les 48 heures qui suivent leur arrivée, c'est une obligation réglementaire. C'est alors l'occasion de faire connaissance. On leur explique le fonctionnement du service et l'absence de liens avec la justice ou l'administration pénitentiaire pour garantir le secret médical. On remplit leur dossier, bien sûr, mais on saisit aussi l'opportunité de faire de la prévention. Outre le point sur les vaccinations et les addictions, on leur propose systématiquement un dépistage des infections sexuellement transmissibles et de la tuberculose. Le reste de l'activité ce sont des consultations de suivi ou pour des motifs divers puisque les détenus peuvent demander une consultation quand ils en sentent besoin.



» **« POUR TA SÉCURITÉ, UN SURVEILLANT EST AVEC TOI DANS LE BUREAU DE CONSULTATION ? »**

Surtout pas ! Le secret médical est assuré aux détenus comme ailleurs. Au cas où, on a une alarme en permanence sur nous, mais je ne l'ai jamais utilisée en six mois. L'objectif est de fournir aux détenus les mêmes soins qu'en milieu ouvert. Pour cela l'équipe soignante comprend des médecins généralistes, des infirmiers, des dentistes et assistants dentaires, des kinésithérapeutes et des manip' radio. Des vacations sont également assurées par certains spécialistes d'organes (dermatologue, orthopédiste, ORL) Pour les autres spécialités il faut demander des rendez-vous au CHU, ce qui nécessite de s'entendre avec l'administration pénitentiaire pour organiser l'extraction médicale avec une escorte de surveillants.

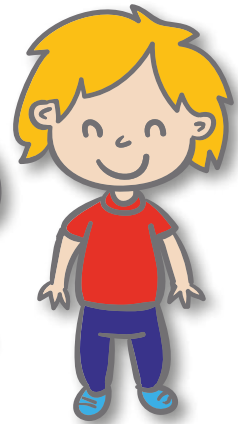
» **« FINALEMENT QU'EST-CE QUE T'A APPORTÉ CE STAGE ? »**

La découverte de ce milieu, des équipes, du service et de la patientèle particulière a fait de ce stage l'un des plus formateurs et intéressants de mon internat. J'ai énormément progressé dans la communication et la relation avec les patients. La population carcérale est souvent assez précaire et/ou issue de milieux défavorisés, il y a donc beaucoup de choses à faire en terme de prévention, d'éducation thérapeutique, etc. Pour ma formation de médecin généraliste, c'était super. Si vous avez l'occasion, n'hésitez pas !

Paul DUSOLLIER,

Secrétaire adjoint de l'ISNAR-IMG
Interne de Médecine Générale à Nantes

Une journée en PMI



Je vois les rayons d'un soleil d'hiver se refléter sur les pétales gelés des primevères quand rentre la première famille dans le bureau. « Bonjour Madame, bonjour Monsieur, et bonjour joli bébé ! » dis-je sur un ton rassurant.

L'infirmière m'explique que « Lilou, deux mois, boit quatre biberons par jour, qu'elle fait la sieste deux fois par jour et des nuits complètes. Elle a cependant tendance à régurgiter la nuit et les parents ne savent pas quoi faire, ça les inquiète, surtout maman. »

Voici, ma première consultation au centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) au milieu des montagnes de Haute-Loire. Une bonne dizaine de familles attendent leur rendez-vous pour avoir des conseils sur l'alimentation, le sommeil, pour des vaccins et le suivi de leur enfant.

Avec ma maître de stage, nous évaluons le développement des enfants, les interactions avec leur environnement et nous faisons du soutien parental. Malheureusement ces temps de consultation sont de plus en plus rares. Avec un médecin manquant, 4 lieux de consultations différents, nous ne pouvons pas être sur tous les fronts et nous n'intervenons donc plus en milieu scolaire. La machine administrative de l'action sociale et les mesures de protection réduisent notre disponibilité auprès des familles. Les réunions d'évaluation des situations préoccupantes s'enchaînent, la pression de plus en plus lourde de la protection de l'enfance réduit considérablement la place de la prévention.

L'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile est le texte fondateur de la création des services de PMI. Le gouvernement d'après-guerre, a voulu lutter contre le taux de mortalité catastrophique des enfants de moins de 6 ans et favoriser la santé des familles. Plusieurs outils sont apparus : le carnet de santé, l'éducation maternelle à l'alimentation, les visites systématiques jusqu'à 6 ans, les visites gratuites pré et post-natales. Avec l'évolution de la société s'ajoutera le suivi des femmes enceintes, le dépistage des troubles physiques, psychiques et

sensoriels de l'enfant, les dépistages organisés dans les écoles ; la formation, l'agrément et le suivi des assistants maternels et familiaux ; le suivi et l'évaluation des situations de protection lié au signalement.

Ce service tire sa force d'une pluriprofessionnalité entre les médecins, les puéricultrices, les maïeuticiens, les assistantes sociales et les travailleurs familiaux. La cohésion et le management de cette équipe demandent beaucoup de temps au médecin qui doit coordonner tous ces acteurs dans le secteur libéral et institutionnel : les maternités, les services de pédiatrie, les CMP¹, les CMPP², les CAMPS³, les crèches...

« Lilou va très bien, elle grandit comme il faut. Vous pouvez lui donner du paracétamol en rentrant si la fièvre apparaît après le vaccin. Et rassurez-vous pour les régurgitations, inclinez-la et si besoin on utilisera du lait anti-régurgitation. Il vous reste des questions ? La puéricultrice peut passer vous voir à la maison dans deux semaines si vous avez besoin. On se revoit dans un mois pour la visite des 3 mois. »

Mayeul MERCHIER,

Chargé de Mission Statut de l'Interne de l'ISNAR-IMG
Interne de Médecine Générale à Clermont-Ferrand

1 - Centre Médico-Psychologique.

2 - Centre Médico-Psycho-Pédagogique.

3 - Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

Stage au CASO

Médecins du Monde

A Bordeaux, il existe un SASPAS¹ couplant deux Maîtres de Stage des Universités (MSU) « classiques » et le CASO: Centre d'Accès aux Soins et d'Orientation. Portrait d'un terrain de stage à la fois à part et correspondant pourtant parfaitement à la définition des soins primaires...



Les CASO existent depuis les années 80, avant la création de la CMU². Ils ont pour objectif principal de répondre aux besoins en soins de personnes sans assurance sociale.

À Bordeaux, environ 80 bénévoles font fonctionner la structure, parmi eux: infirmiers, assistantes sociales, psychologues, médecins de tout horizon (généralistes, psychiatres, spécialistes d'organe, hospitaliers ou libéraux, médecins-conseil)...

En plus de l'activité de consultation classique, plusieurs missions sont menées telles que les « *mission squat* », « *mission TRODS*³ » ou « *mission santé sexuelle et reproduction* » avec des équipes mobiles, notamment pour les sorties « squat ». L'équipe est aidée par un interprétariat, indispensable pour communiquer avec des patients qui souvent ne parlent ni français ni anglais. Le CASO propose d'ailleurs des cours de français.

Le Dr ROUQUIER est médecin généraliste à la retraite, ayant fait partie des premiers MSU d'Aquitaine, et bénévole depuis près de quatre ans au CASO Médecins du Monde de Bordeaux.

Elle insiste sur le fait que les médecins pratiquent là du soin primaire pur, tout patient doit être pris en charge dans sa globalité: « *la médecine ce n'est pas juste traiter des symptômes* » précise-t-elle, avant d'ajouter « *à Bordeaux, on ne fait pas de l'humanitaire, on n'est pas en Afghanistan... Ici on fait de l'humain.* »

Il s'agit d'une médecine personnalisée, avec des règles de conduite. L'objectif principal: le retour au droit

commun, c'est-à-dire aider les patients à obtenir une assurance sociale (CMU, AME⁴...) pour qu'ils intègrent les parcours de soins habituels. Environ 3 000 patients ont été vus l'an dernier, ce chiffre est en augmentation, avec de nombreuses urgences sociales.

Simple exemple: lors de toute consultation de pédiatrie, ne surtout pas oublier de demander si l'enfant est scolarisé! Il faut aussi apprendre à fonctionner avec le strict nécessaire d'examen complémentaires, certains laboratoires et cabinets de radiologie acceptent de réaliser gracieusement les examens pour les patients du CASO.

L'interne en SASPAS participe à l'activité de la structure sur le même schéma qu'un stage plus classique: une prise de connaissance puis une évolution vers une autonomie supervisée en consultation et dans les missions sur le terrain. Pour le Dr ROUQUIER, ce stage apporte une expérience médicale et sociale qu'on ne peut pas apprendre dans les livres. L'absence d'assurance sociale et la

barrière de la langue sont des spécificités auxquelles peu de médecins sont formés.

Les retours sont très positifs, malgré la confrontation à des situations et des histoires parfois très dures. Le débriefing est systématique et l'équipe est toujours à l'écoute en cas de problème.

Certains internes reviennent même comme bénévoles, d'autres rejoignent la PASS⁵, d'autres encore trouvent là des sujets de thèse. Tous en retiennent une expérience leur apportant un savoir supplémentaire.

En résumé, un terrain de stage ambulatoire diversifié, permettant d'aborder les soins primaires et la globalité de chaque patient. « *Si tu t'en sors ici, tu t'en sortiras devant n'importe quelle situation plus tard.* »

C'est le Dr ROUQUIER qui vous le dit!

Racha ONAISI,

Trésorière Adjointe de l'ISNAR-IMG.

Interne de Médecine Générale à Bordeaux

1 - Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée.

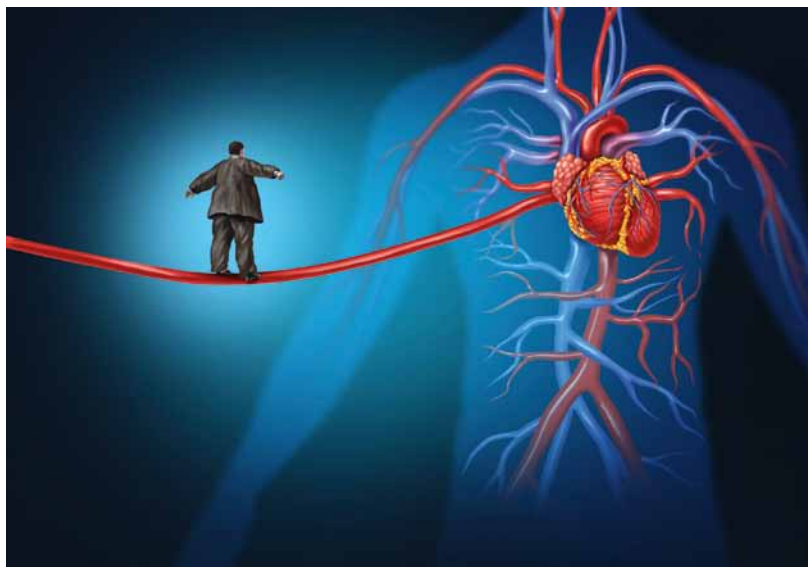
2 - Couverture Maladie Universelle.

3 - Tests Rapides d'Orientation Diagnostique

4 - Aide Médicale d'État

5 - Permanence d'Accès aux Soins de Santé

L'éducation thérapeutique en Médecine Générale



D'après le référentiel métier du Collège National des Généralistes Enseignants, l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) fait partie de nos compétences.

Cela concorde avec les dernières recommandations qui considèrent l'ETP comme partie intégrante du parcours de santé.

Or nous sommes nombreux à nous interroger sur la véritable signification de cette ETP. Cette notion est souvent incluse dans la prise en charge des pathologies chroniques, mais elle peut rester vague. Elle ne doit pas être confondue avec la simple explication d'une ordonnance ou être limitée à de l'information.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'objectif de l'ETP est de « *permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie.* »

Lors de mon stage dans le Pôle de Prévention et d'Éducation pour le Patient de Soissons, j'ai eu l'occasion d'apprendre à faire de l'éducation thérapeutique. Elle amène à une posture éducative très intéressante qui peut être appliquée au quotidien dans notre métier de médecin généraliste. Le diagnostic éducatif permet de connaître la relation qu'a le patient avec sa maladie : sa vision, ses comportements, ses projets... Il est réalisé à l'aide de questions ouvertes et d'une écoute active.

J'ai participé à des ateliers éducatifs en groupe sur la maladie artérielle, les graisses et la douleur thoracique par exemple. Les retours des patients sont très positifs. Ces ateliers leur permettent de comprendre

et d'expliquer leur maladie, ses facteurs de risques, ses traitements et son suivi. Ainsi, ils acquièrent des connaissances, des compétences et de l'autonomie.

J'ai également eu l'occasion d'assister à des séances d'éducation diététique, de sophrologie, à des consultations de suivi du diabète et d'aide au sevrage tabagique. C'est un véritable travail en interprofessionnalité.

J'ai surtout découvert une autre relation médecin-patient, avec une plus grande écoute de leurs besoins et dans un accompagnement qui peut aller jusqu'à l'organisation d'une marche mensuelle avec l'équipe soignante et les patients volontaires.

Cela vous attire mais ça reste encore flou pour vous ? Il existe des formations de 40 heures permettant de vous initier à l'ETP. Cette pratique améliorera votre relation médecin-malade grâce à une posture éducative qui utilise des techniques communications particulières (questions ouvertes, reformulation, écoute active, entretiens motivationnels, etc.) et vous permettra de mener vos consultations différemment.

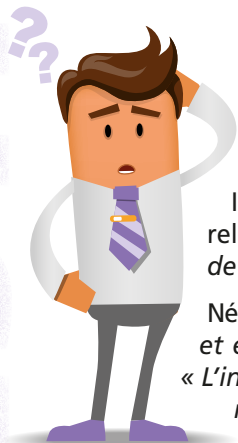
May FIANI,

Interne de Médecine Générale à Amiens

Bibliographie

- L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Haut Conseil de la Santé Publique; 2009 nov.
- Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. Haute Autorité de Santé; 2007.
- Kandel O., Bousquet M-A, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale. GMSanté. 2015. 207 p.
- Grenier B, Bourdillon F, Gagnayre R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles. Santé publique. 2007; 19(4):283-92.

Un interne peut-il remplacer dans un stage hospitalier sur ses jours de congés ?



Bonjour,

Il n'existe pas, à notre connaissance, de réponse à cette question dans la réglementation relative aux internes. En revanche, il est précisé que « *les internes ne peuvent effectuer de remplacement dans l'entité où ils sont accueillis* » pendant la durée du stage¹.

Néanmoins le *Guide relatif à la protection sociale des internes en médecine, en odontologie et en pharmacie*² mentionne la notion de remplacement durant les congés annuels : « *L'interne qui effectue des remplacements est toujours considéré comme un interne qui reste géré par son CHU de rattachement. [...] Lorsque l'arrêt de travail intervient pendant un remplacement effectué pendant les congés annuels de l'interne, la période de congés annuels est transformée en période de congés pour raisons de santé [...]* »

Un interne pourrait donc remplacer durant ses congés annuels. La notion de remplacement en milieu salarié ou libéral n'est pas précisée.

Il peut aussi remplacer sur ses jours libres, les textes l'encadrant n'interdisant pas un remplacement d'un médecin salarié, soumis aux mêmes règles que les remplacements dans le milieu libéral. Cependant, il doit exercer ses activités dans des proportions et des conditions compatibles avec la qualité et la sécurité des soins ainsi que sa propre sécurité, conformément à la circulaire relative au temps de travail³.

1 - Article R6153-6 du Code de la santé publique.

2 - Guide relatif à la protection sociale des internes en médecine, en odontologie et en pharmacie.

3 - Circulaire Interministérielle N° DGOS/RH4/DGESI/PIA1-4/2015/322 du 29 octobre 2015 relative à la mise en œuvre du temps de travail des internes.

Paul DUSOLLIER,

Secrétaire général adjoint de l'ISNAR-IMG.
Interne de Médecine Générale à Nantes



L'ANTIDOTE

Bulletin trimestriel gratuit

Rédacteur en chef : **Corentin LACROIX**

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

Réalisation - Impression : **Groupe Drouin Maître Imprimeur**

04 73 26 44 50 - groupedrouin.fr

Photos : DR - Freepick.com - 123RF

N° ISSN : 2117-6760

ISNAR-IMG

Inter Syndicale 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.