

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
FORMATION	4
EN STAGE	4
1) MAQUETTE GLOBALE.....	4
2) DETAIL DE LA PHASE SOCLE.....	5
3) DETAIL DE LA PHASE D'APPROFONDISSEMENT	5
4) DETAIL DE LA PHASE DE CONSOLIDATION	6
5) FORMATIONS SPECIALISEES TRANSVERSALES	8
RÉMUNÉRATION ET STATUT	9
PHASE DE CONSOLIDATION (AMBULATOIRE/HOSPITALIER)	9
CESP	10
RÉMUNÉRATION ET STATUT	11
VALIDATION DES/THÈSE	12
CONCLUSION	13

INTRODUCTION

Dans le cadre des discussions sur l'ajout d'une phase de consolidation au Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine Générale (MG), l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) a été consultée à de nombreuses reprises pour donner une voix aux internes de Médecine Générale (IMG). Les récentes communications du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) font état d'une volonté marquée de transformer notre DES en une formation en 4 ans afin de le mettre sur un pied d'égalité avec les autres spécialités médicales. Cette transformation de notre DES, pour être pédagogique et adaptée aux besoins de formation des IMG, nécessitera une augmentation des moyens de formation et notamment du nombre de Maîtres de Stage des Universités (MSU) et d'enseignants.

En ce sens, le Conseil d'Administration (CA) s'était positionné en avril 2018 en faveur d'une 4ème année, à la condition que les capacités pédagogiques et les moyens d'encadrement soient assurés. Cette position a été portée plusieurs années, avec une volonté du CA de demander des garanties en termes de qualité de formation, d'intérêt pédagogique et de nombre suffisant d'encadrants. Une proposition de maquette en 4 ans avait été adoptée en avril 2018, suivie d'un document concernant le statut de l'interne en phase de consolidation du DES de MG, en juin 2019.

En janvier 2021, devant l'accélération des échanges vis-à-vis d'un allongement de la maquette, le CA a souhaité s'opposer à l'ajout d'une 4ème année dans le DES de Médecine Générale. Cette position visait alors principalement à témoigner d'un désaccord avec le projet de phase de consolidation tel que proposé par le CNGE. Il était alors décidé de se recentrer sur la mise en place en premier lieu d'une formation en 3 ans répondant aux critères de qualité définis par l'ISNAR-IMG. Lors du CA d'avril 2021, devant une concrétisation manifeste des échanges traduite par la volonté des pilotes de la mission de suivi de la R3C d'acter un projet de phase de consolidation pour la Médecine Générale, il a été demandé d'ouvrir une réflexion sur une proposition de maquette en 4 ans, dans le cas où la prolongation de notre DES nous serait imposée malgré notre opposition.

Ce travail a été mené en Commission Éphémère (CE) du Conseil d'Administration de l'ISNAR-IMG.

FORMATION

EN STAGE

1) Maquette globale

Phase	Durée	Stages	Exercice	Modalités de choix
Socle	1 an	- Praticien niveau 1 - Urgences	- Ambulatoire - Hospitalier	Classement ECNi
Approfondissement	2 ans	- Santé de la femme et de l'enfant - Médecine Adulte avec majorité de stages à orientation gériatrique	- Ambulatoire ou mixte - Mixte	Classement ECNi
		- Stage en Autonomie Supervisée (SASPAS) - Stage libre	- Ambulatoire - Ambulatoire, ou hospitalier ou mixte	Classement ECNi ou projet professionnel
Consolidation possibilité n°1	1 an	Stage ambulatoire	Ambulatoire +/- établissement de santé	Projet professionnel
Consolidation possibilité n°2	6 mois / 6 mois	- Stage ambulatoire - Stage ambulatoire ou stage hospitalier	Ambulatoire et/ou établissement de santé et/ou mixte	Projet professionnel

2) Détail de la phase socle

Depuis la réforme du troisième cycle et les arrêtés du [12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine](#), et du [21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation](#), la phase socle de l'internat de Médecine Générale comporte l'obligation de réaliser un stage chez le praticien, dit de niveau 1, de 6 mois, et un stage d'urgence de 6 mois. Le maintien de ces deux stages en phase socle d'un DES en 4 ans reste tout à fait cohérent avec l'approche par compétence de la Médecine Générale et la nécessité d'être formé rapidement aux soins d'urgences et de premiers recours. Enfin, afin de permettre un changement de stage rapide en cas de conflit sur un lieu de stage, une **inadéquation de 107% par stage** est indispensable. Une uniformisation stricte des modalités de cette phase socle est nécessaire et se doit d'être appliquée sur tout le territoire.

3) Détail de la phase d'approfondissement

La maquette officielle de la phase d'approfondissement se décompose actuellement en deux années fixant la réalisation d'un stage de médecine adulte en 2^{ème} année d'internat, et d'un stage en autonomie supervisée (SASPAS) en Médecine Générale en 3^{ème} année. Un stage de santé de la femme de 6 mois, et de santé de l'enfant de 6 mois, préférentiellement mixte ambulatoire/hospitalier, peuvent être soit effectués en 2^{ème} année, soit en 3^{ème} année.

Une souplesse est permise dans les textes en cas d'offre de terrains de stage en santé de l'enfant et de la femme insuffisante permettant leur couplage en un stage de 3mois-3mois, et ainsi de dégager un stage libre dans la maquette, très souvent réalisé en médecine adulte.

La maquette officielle, extrêmement rigide, est dépréciée par les internes de Médecine Générale, et les freine dans la construction de leur projet professionnel. Les internes de Médecine Générale attendent donc une plus grande souplesse dans leur maquette, la phase d'approfondissement accentuant l'importance du projet professionnel de l'interne.

Dans le cadre d'un DES comprenant une phase de consolidation en 4 ans, plusieurs modulations de ces stages sont à effectuer.

▪ Pour la deuxième année :

En premier lieu, le stage de médecine adulte. Sans le transformer uniquement en stage de gériatrie, une prédominance d'offre de stages à orientation gériatrique et une emphase sur la formation à la coordination des soins nous semblent indispensables. Cette proposition est consécutive à l'importance d'améliorer l'attractivité des métiers du grand âge, et fait suite aux rapports du [Pr. Dominique Libault](#) et du [Dr El Khomri](#), en cohérence avec l'augmentation prévue par **l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)** de la population âgée. Le développement de stages en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), proposé dans le [rapport de Nicole Notat issu des concertations du Ségur de la Santé](#) et la formation au sein d'équipes mobiles de gériatrie, de gériatres libéraux ou de médecins généralistes avec une forte patientèle gériatrique, doivent être encouragés. Ainsi, la possibilité d'un stage dit mixte (3 mois ambulatoire et 3 mois hospitalier) avec des professionnels attestant de compétences gériatriques, doit également être inscrite dans les textes réglementaires. En second lieu, un couplage du stage santé de la femme et de l'enfant est indispensable. Selon une logique de 3 mois-3 mois, ces stages devront être orientés principalement sur un versant ambulatoire, afin d'être en adéquation avec les besoins de formation des futurs médecins généralistes. Aussi, les textes réglementaires doivent prévoir **un stage couplé en santé de la femme et de l'enfant uniquement ambulatoire, ou à défaut mixte.**

▪ **Pour la troisième année :**

Afin de garantir la notion d'autonomisation dans notre parcours professionnel, nous souhaitons conserver le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) lors de la dernière année de phase d'approfondissement.

▪ **Commun :**

Une inadéquation par stage devra également être mise en place, respectant les 107% d'inadéquation minimale.

4) Détail de la phase de consolidation

▪ **Global :**

La phase de consolidation de Médecine Générale sera d'une année. Elle pourra soit se faire sur une année complète dans un même lieu, soit sur deux périodes de 6 mois dans des lieux différents.

Pour rester dans la logique de la réforme du 3^{ème} cycle, cette année sera uniquement réalisée en lien avec le projet professionnel de l'interne, en accord avec son souhait d'exercice futur : ambulatoire, mixte, voire hospitalier.

Afin d'effectuer une transition vers l'exercice professionnel de médecin généraliste, la création d'un nouveau statut est nécessaire. Il s'agit du statut de « Docteur Junior Ambulatoire » (DJA). Nous aborderons donc trois schémas possibles de phase de consolidation :

- Une année ou deux fois six mois en ambulatoire avec le statut de Dr Junior Ambulatoire.
- La possibilité d'effectuer un stage ambulatoire de six mois sous le statut de Dr Junior Ambulatoire, et un autre de six mois avec le statut de Dr Junior Hospitalier pour un exercice mixte.
- Une année ou deux fois six mois en hospitalier, via le statut actuel de Dr Junior Hospitalier.

▪ **Année ambulatoire exclusive :**

Afin de respecter le principe du projet professionnel de la phase de consolidation, le DJA de Médecine Générale pourra réaliser son stage auprès d'un « médecin collaborateur pour Docteur Junior Ambulatoire » de Médecine Générale, qu'il soit ou non MSU, dans une structure existante. Cette modalité d'exercice sera contractualisée par la réalisation d'un "contrat de collaborateur" sur le modèle de [ceux existants à ce jour](#).

Le DJA ne sera soumis à aucune contrainte géographique pour son choix de « médecin collaborateur », mais devra attester d'un souhait d'installation avec ou dans la zone géographique l'environnement d'exercice dudit médecin. De fait, le contrat de collaboration ne devra pas prévoir de clause de non concurrence afin de favoriser les installations.

Aucune structure sans médecin thésé, c'est-à-dire auto-entretenu par des DJA et/ou internes, ne pourra être mise à disposition pour la réalisation de ce stage.

Le terrain de stage pour la phase de consolidation, géré par un médecin thésé collaborateur, devra remplir un cahier des charges pour être agréé. Celui-ci précisera les modalités d'accueil de l'interne avec a minima :

- Informatisation des dossiers avec logiciel médical permettant une télétransmission ;
- Mise à disposition de protocoles d'urgence ;
- Mise à disposition de locaux décentes pour l'exercice ;
- Mise à disposition du matériel nécessaire à l'exercice ;
- Mise à disposition d'un carnet d'adresse de professionnels exerçant sur le territoire afin de disposer d'informations sur les recours et orientations possibles. Les terrains de stage ainsi agréés pourront être choisis par les internes selon une procédure type *Big Matching*, incluant les desideratas de mobilité interrégionale en accord avec le projet professionnel.

S'agissant d'un exercice professionnalisant, survenant après validation du SASPAS, témoignant de l'acquisition d'un niveau de compétence suffisant, les consultations seront réalisées immédiatement en autonomie sous supervision indirecte.

La séniorisation du DJA sera obligatoirement assurée par un MSU territorial, qui devra être toujours distinct du « médecin collaborateur pour Docteur Junior Ambulatoire ». A cette fin, le MSU territorial disposera de tous moyens de communication téléphonique ou de visioconférence lors des jours et sur les horaires où le DJA consulte. Le MSU territorial devra pouvoir se déplacer sur le terrain de stage de l'interne en phase de consolidation dans un délai maximum de 20 minutes.

Un débriefing hebdomadaire des consultations ayant posé problème à l'interne, sera systématiquement réalisé.

Huit demi-journées seront dédiées à la réalisation de ce stage, lissées sur trois mois :

- Six demi-journées en stage sous supervision du MSU territoriale dédiées au travail en consultation dans le cabinet. Ces demi-journées d'exercice seront inscrites dans le contrat de collaboration.
- Deux demi-journées dédiées et adaptées au projet professionnel du DJA seront intégrées. Elles visent à découvrir la multiplicité des exercices sur un territoire et pourront notamment comprendre comme lieu d'accueil : les réseaux de soins (équipes de soins mobiles gériatriques, palliatifs...), les établissements sanitaires communautaires de proximité (hôpitaux locaux de proximité), les EHPAD, ou d'autres structures de soins qui pourraient accueillir à terme le DJA.

Le nombre maximal d'actes réalisés quotidiennement ne pourra excéder 30 consultations, particularité qui devra être mentionnée dans le contrat de collaboration. Un minimum de dix consultations par jour en moyenne par trimestre sera exigé pour validation du stage, sans que cette précision ne soit stipulée dans le contrat de collaboration, celle-ci relevant d'un critère purement pédagogique.

▪ **Année mixte ambulatoire/hospitalier ou hospitalier exclusif :**

Dr Junior Hospitalier

Le statut de Dr junior Hospitalier tel que rapporté au sein des arrêtés des 12 avril (notamment les [Article 42](#), [Article 44](#), [Article 59](#)) et 21 avril 2017 ([Article 4](#)) aujourd'hui ne nécessite pas de changement majeur pour être accessible aux internes de Médecine Générale souhaitant exercer en hospitalier.

Afin de garantir une bonne efficacité chez les internes choisissant de faire 6 mois de Dr Junior Hospitalier, et 6 mois de DJA, l'intégration de ces étudiants au sein du Big Matching en partenariat avec l'UNESS devra être construite avec la participation des représentants de l'ISNAR-IMG.

5) Formations Spécialisées Transversales

Les Formations Spécialisées Transversales (FST) resteront ouvertes uniquement pendant la phase d'approfondissement, tel que défini à l'[article 6 de l'arrêté du 21 avril 2017](#).

En plus des 6 FST dites d'intérêts pour la Médecine Générale, les FST d'Urgences pédiatriques, d'Andrologie-Médecine de la reproduction, de Nutrition Appliquée, d'Allergologie, et de Pharmacologie Médicale devront également être dites d'intérêt pour notre discipline.

A ceci s'ajoute la création d'une FST de Médecine Polyvalente, qui sera aussi d'intérêt pour la Médecine Générale, principalement pour les internes de Médecine Générale se dirigeant vers une activité hospitalière ou mixte dans leur projet professionnel. Cette proposition fait écho à la nécessité d'[optimiser la prise en charge du patient âgé polypathologique](#) et de prendre en compte la part des internes de Médecine Générale ayant un projet d'exercice hospitalier, [estimée à 13,9%](#).

La réalisation d'une FST ajoutant actuellement une année d'internat au DES de Médecine Générale actuel en 3 ans, l'ajout d'une phase de consolidation devra permettre d'intégrer la validation des stages de FST à la maquette en 4 ans de DES de Médecine Générale, notamment via le stage libre.

REMUNERATION ET STATUT

PHASE DE CONSOLIDATION (AMBULATOIRE/HOSPITALIER)

Dr Junior Ambulatoire

La création d'une phase de consolidation ambulatoire pour les internes de Médecine Générale suppose la création d'un statut de Docteur Junior Ambulatoire. Il est indispensable que celui-ci soit défini avant la mise en application de cette nouvelle réforme. Il devra prendre en compte les étudiants souhaitant exercer une pratique libérale ou salariée en dehors de l'hôpital.

Lors de cette dernière phase, le Docteur Junior Ambulatoire sera soumis à un contrat de collaboration avec un médecin thésé de son choix et il devra de ce fait respecter les dispositifs conclus dans ce contrat. Des exemples de contrats types créés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins peuvent être repris. Ce type de contrat reprend la notion de demi-journée de travail et s'intègre donc parfaitement dans notre maquette.

En 2019, une commission éphémère s'était réunie pour élaborer une [contribution « Statut du Docteur Junior Ambulatoire »](#), approuvée par le CA en juin 2019. Cette contribution précisait les modalités de rémunération des DJA, en proposant une rémunération à l'acte directement perçue par le Docteur Junior, dans le cadre du contrat de collaboration. Cette modalité permettra à l'interne de participer aux charges du cabinet et de découvrir ainsi l'ensemble des modalités pratiques de l'exercice libéral.

Dans l'objectif de conserver et de stimuler l'attractivité des zones sous denses, et si le Docteur Junior Ambulatoire y est éligible, il pourra souscrire un contrat de début d'exercice, tel que défini dans le Code de la Santé Publique [Sous-section 1 : Contrat de début d'exercice \(Articles R1435-9-1 à R1435-9-11\)](#). Celui-ci précise un revenu minimum en fonction du nombre de demi-journées travaillées.

Si le Docteur Junior Ambulatoire n'est pas éligible au CDE, une rémunération minimale lui sera accordée, calquée sur celle déjà définie pour le Docteur Junior Hospitalier.

Dans le cadre d'un statut de Docteur Junior Ambulatoire, le montant de l'allocation d'un Contrat d'Engagement au Service Public (CESP) sera ajouté en sus de la rémunération du DJA.

Dr Junior Hospitalier

Le statut de Docteur Junior Hospitalier, correspondant à la phase de consolidation du troisième cycle des études médicales, a été créé par le [Décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 portant dispositions applicables aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie](#). Ce statut est précisé dans le Code de la Santé Publique, [Sous-section 1 : Statut des docteurs juniors \(Articles R6153-1 à R6153-1-23\)](#). Dans une maquette ne comportant pas de phase de consolidation, les internes de Médecine Générale n'y étaient pas soumis.

Les internes de Médecine Générale souhaitant effectuer l'ensemble ou la moitié de leur phase de consolidation dans un ou plusieurs établissements hospitaliers devront accéder au même statut que les Docteur Juniors des autres spécialités. A ce titre, ils répondront aux mêmes dispositions législatives, protection et droits sociaux, congés et rémunération compris.

CESP

Le [Contrat d'Engagement au Service Public](#) (CESP) permet à un étudiant en deuxième ou troisième cycle des études médicales de bénéficier d'une allocation mensuelle versée durant ses années d'études, en échange de quoi il s'engage à exercer par la suite et pendant le même temps, dans une zone sous dense.

Selon l'[Article R631-24-6 du Code de l'Éducation](#), « *Le signataire du contrat d'engagement de service public s'engage à poursuivre ses études dans la formation choisie et à respecter ses obligations d'assiduité et, à compter de la fin de sa formation ou de son parcours de consolidation des compétences, à exercer son activité de soins :*

1° Dans un ou plusieurs lieux d'exercice situés dans une zone caractérisée par une offre médicale insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnée au [1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique](#) ;

2° Pour une durée égale à celle pendant laquelle lui aura été versée l'allocation mensuelle mentionnée au troisième alinéa de l'[article L. 632-6](#) du présent code et ne pouvant être inférieure à deux ans. »

Comme le précise l'[Article R631-24-12](#), les étudiants en médecine peuvent choisir de souscrire un CESP lors de leur phase de consolidation. Il apparaît donc cohérent que les internes de Médecine Générale de phase de consolidation, qu'il soit DJA ou Docteur Junior Hospitalier, puissent également bénéficier de ce dispositif, s'ils le souhaitent.

L'aide à l'installation future des médecins généralistes sur l'ensemble du territoire ne peut qu'être encouragée, les dispositifs incitatifs ayant déjà fait la preuve de leur effet dans de nombreux pays européens.

REMUNERATION ET STATUT

Statut de Médecin collaborateur 4^{ème} année

La création d'un statut de « médecin collaborateur pour docteur junior ambulatoire » est nécessaire dans le cadre de la création d'une phase de consolidation dans le DES de médecine générale.

Ce collaborateur ne doit pas être le MSU de l'étudiant, et ne doit pas nécessairement attester d'un agrément de MSU. En tant que collaborateur de l'interne de phase de consolidation, il doit lui permettre une intégration facilitée dans le territoire d'exercice, mais ne participe pas activement à la formation initiale de l'étudiant.

Trois années d'installation sur le territoire seront demandées a minima pour permettre l'accueil d'un collaborateur DJA.

Les formations à la pédagogie et à la maîtrise de stage sont encouragées mais non obligatoires pour le collaborateur. En effet, dans ce cadre, la collaboration se fera entre deux médecins thésés, l'interne participera aux charges du cabinet au même titre qu'un collaborateur ayant validé son DES, et il consultera en autonomie sans intervention du médecin collaborateur.

Cela permet une distinction entre le formateur pratique, adapté au projet professionnel de l'étudiant, et le formateur enseignant, garant du bon déroulement de la consolidation des acquis.

Trois années d'installation dans le territoire sera le seul prérequis pour être médecin collaborateur pour docteur junior ambulatoire.

VALIDATION DES/THESE

Là où la validation du DES reste consensuelle pour qu'elle se réalise à la fin de la phase de consolidation, proposition que nous soutenons ardemment, il reste à définir une limite de temporalité pour la soutenance de la thèse.

Afin de répondre à cette problématique, il est important de rappeler l'esprit de la réforme du troisième cycle issue du [rapport des Professeurs Pruvot et Couraud](#) : « *La validation de la thèse est nécessaire à l'entrée dans la phase de mise en responsabilité.* » (P.8)

Cette logique de passage de la thèse avant la phase de consolidation (dans l'extrait remplacé par phase de mise en autonomie) est présente ce jour pour les autres spécialités. Elle se traduit principalement au sein des articles [Article 59](#), [Article 60](#) et [Article 62](#) de l'arrêté du 12 avril 2017.

Afin de rester dans le droit commun, il serait inenvisageable de déroger à ces éléments.

Par ailleurs, bien qu'actuellement le nombre d'enseignants en équivalent temps plein par interne de Médecine Générale est moindre que pour les autres spécialités (un pour quatre-vingts contre un pour dix), l'augmentation du nombre de PU, actée dans les accords du Ségur de la Santé, et le développement dans les prochaines années du nombre de praticiens associés, seront garants d'un nombre suffisant d'enseignants aidant à la réalisation de thèses dans le temps imparti.

De fait, l'ISNAR-IMG se positionne pour que la thèse lors d'un DES incluant une phase de consolidation se passe obligatoirement avant la fin de la phase d'approfondissement.

Une augmentation des capacités de formation permettant la soutenance de la thèse pour l'ensemble des internes de Médecine Générale avant la phase de consolidation devra être actée pour la mise en œuvre effective de cette réforme de nos études.

CONCLUSION

Le Conseil d'Administration de l'ISNAR-IMG se positionne en faveur d'un DES de Médecine Générale en 4 ans avec une phase de consolidation en accord avec son souhait d'exercice futur (ambulatoire, mixte ou hospitalier) d'un an, sous condition de respect de la maquette présentée dans la présente contribution.

Le Conseil d'Administration de l'ISNAR-IMG se positionne en faveur d'une uniformisation stricte de la maquette de la phase socle et de la phase d'approfondissement devant nécessairement être appliquée sur tout le territoire avant la mise en place d'une phase de consolidation.

Le Conseil d'Administration de l'ISNAR-IMG se positionne en faveur d'un stage couplé en santé de la femme et de l'enfant uniquement ambulatoire, ou à défaut mixte, durant la phase d'approfondissement.

Pour la réalisation de stages couplés santé de la femme et santé de l'enfant, le Conseil d'Administration de l'ISNAR-IMG se positionne en faveur d'un encadrement par des Maîtres de Stage Universités, qu'ils soient médecins généralistes, mais aussi d'autres spécialités comme la gynécologie médicale, la pédiatrie et également d'autres professions médicales comme les sages-femmes libérales.

Rappel de la position votée au CA d'avril 2021 : L'ISNAR-IMG se positionne en faveur d'une inadéquation de 107% par stage.

Le Conseil d'Administration de l'ISNAR-IMG se positionne pour que les Maîtres de Stage des Universités territoriaux soient en capacité de se déplacer sur le terrain de stage de l'interne en phase de consolidation dans un délai maximum de 20 minutes.

Le Conseil d'Administration de l'ISNAR-IMG demande qu'un médecin thésé collaborateur, doive remplir un cahier des charges pour être agréé en tant que terrain de stage de phase de consolidation. Celui-ci précisera les modalités d'accueil de l'interne avec a minima :

- Informatisation des dossiers avec logiciel médical permettant une télétransmission ;
- Mise à disposition de protocoles d'urgence ;
- Mise à disposition de locaux décents pour l'exercice ;
- Mise à disposition du matériel nécessaire à l'exercice ;
- Mise à disposition d'un carnet d'adresse de professionnels exerçant sur le territoire.

Le Conseil d'Administration de l'ISNAR-IMG se positionne pour que les stages de phase de consolidation soient composés de huit demi-journées par semaine, lissées sur trois mois, réparties de la façon suivante :

- Six demi-journées en stage sous la supervision du Maître de Stage des Universités territoriales dédiées au travail en consultation dans le cabinet. Ces demi-journées d'exercice seront inscrites dans le contrat de collaboration.
- Deux demi-journées dédiées et adaptées au projet professionnel du Docteur Junior Ambulatoire. Elles visent à découvrir la multiplicité des exercices sur un territoire et pourront notamment comprendre comme lieu d'accueil : les réseaux de soins (équipes de soins mobiles gériatriques, palliatifs...), les établissements sanitaires communautaires de proximité (hôpitaux locaux de proximité), les EHPAD, ou d'autres structures de soins qui pourraient accueillir à terme le Docteur Junior Ambulatoire.

Le Conseil d'Administration de l'ISNAR-IMG se positionne pour l'intégration des internes souhaitant faire un semestre en Docteur Junior Ambulatoire et un semestre en Docteur Junior Hospitalier au sein du Big Matching en partenariat avec l'UNESS. La procédure devra être construite avec la participation des représentants de l'ISNAR-IMG.

Le Conseil d'Administration de l'ISNAR-IMG se positionne pour la création d'une Formation Spécialisée Transversale de Médecine Polyvalente, qui sera définie comme d'intérêt pour la Médecine Générale.

Le Conseil d'Administration de l'ISNAR-IMG se positionne pour que le statut de Docteur Junior Ambulatoire puisse permettre un exercice ambulatoire tant libéral que salarié.

Le Conseil d'Administration de l'ISNAR-IMG se positionne pour une rémunération à l'acte pour les Docteurs Juniors Ambulatoires en libéral dans le cadre du contrat de collaboration.

Si le Docteur Junior Ambulatoire n'est pas éligible au Contrat de Début d'Exercice, le Conseil d'Administration de l'ISNAR-IMG demande une rémunération minimale calquée sur celle déjà définie pour le Docteur Junior Hospitalier.

Le Conseil d'Administration de l'ISNAR-IMG se positionne en faveur d'un ajout du montant de l'allocation d'un Contrat d'Engagement au Service Public (CESP) en sus de la rémunération du Docteur Junior Ambulatoire si celui-ci a souscrit un CESP.

Dans le cadre d'un DES de Médecine Générale incluant une phase de consolidation, le Conseil d'Administration de l'ISNAR-IMG se positionne pour que la thèse soit soutenue obligatoirement avant la fin de la phase d'approfondissement.

L'ISNAR-IMG se positionne en faveur d'une phase de consolidation permettant à tout interne de choisir ses terrains de stage partout sur le territoire français selon son projet professionnel dans le cadre du statut de Docteur Junior Ambulatoire.



ISNAR-IMG
286 rue Vendôme - 69003 LYON
04 78 60 01 47 | 06 73 07 53 00
| F. 09 57 34 13 68

Facebook - ISNAR-IMG
Twitter - @ ISNARIMG