

L'ANTIDOTE



LE JOURNAL DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

www.isnar-img.com

bimestriel gratuit - numéro 1 - janvier 2008

Numéro de lancement

SOMMAIRE

Éditorial p. 2



Médecine et Société pp. 3-6

La filière universitaire de médecine générale p. 3

Interview exclusive du Dr Benjamin DENEUVILLE, *chef de clinique de médecine générale* p. 4

La recherche en médecine générale p. 3 ; 5

Les états généraux de l'organisation de la santé p. 5 ; 6

À la loupe – Les aides à l'installation pp. 7-12



La loi de développement des territoires ruraux p. 7

L'Allier à la conquête des médecins généralistes p. 8

Les autres aides existantes p. 9

Du côté de l'Assurance Maladie p. 10

L'avenant 20 ou le vice caché... p. 10



Ici ou ailleurs p. 11

La grève contre le PLFSS 2008, ici ou ailleurs

Question d'internes p. 12

Le droit de grève et les internes





Chers Confrères, Chers Amis,

Ces derniers mois, le contexte politique de la santé a pris un tournant historique avec la montée en puissance de la jeune génération. Le mois d'octobre marqué par un fort mouvement de grève des internes a permis de sensibiliser les consciences sur les difficultés majeures d'organisation du système de soins dans les dizaines d'années à venir, et sur les solutions à y apporter. Des solutions qui ne pourront pas se faire sans la participation active des futurs professionnels de santé.

Devant le défi démographique, sanitaire et économique qui nous attend, nous avons besoin d'un lien fort entre internes. Ceci passe en premier lieu par une information éclairée sur les différents événements qui nous concernent. C'est pourquoi, afin d'accompagner les internes de médecine générale au quotidien, l'ISNAR-IMG ainsi que les 25 associations et syndicats d'internes de métropole et d'outre mer qui la composent, développent de nombreux outils d'information et de communication. C'est dans cette logique que sort aujourd'hui ce premier numéro de « *L'Antidote* », la nouvelle revue destinée aux internes de médecine générale, rédigée et éditée par des internes de médecine générale, pour parler de ce qui vous concerne .

Vous y trouverez plusieurs rubriques pour répondre aux souhaits de chacun, avec notamment dans chaque numéro un grand dossier qui développera un sujet fondamental de votre formation ou de l'exercice professionnel. Plusieurs articles traiteront des sujets d'actualité, les questions d'internes trouveront des réponses, et un certain nombre de brèves vous permettront de savoir ce qui se passe dans les autres facultés. Cette dernière partie se veut volontiers interactive, et sera ouverte à la parole des internes et de leurs représentants locaux. Alors n'hésitez pas à nous faire part de vos remarques, de vos souhaits, de vos questions, et de vos histoires et initiatives.

Vous allez maintenant parcourir votre nouveau « *L'Antidote* », et je vous en souhaite une lecture agréable. L'ensemble du Bureau National de l'ISNAR-IMG espère que cette revue répondra à vos attentes, et se tient à votre disposition pour vous accompagner, avec vos structures locales représentatives, tout au long de votre cursus d'interne de médecine générale.

Bonne lecture, et bonne année 2008...



La filière universitaire de médecine générale

Un début sans fanfare

L'ISNAR-IMG s'implique dans le combat pour la mise en place de la filière universitaire de médecine générale depuis de nombreuses années. La création du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale en 2004 a hissé la discipline au rang de spécialité à part entière. Il ne lui manquait plus qu'une légitimité universitaire avec la création d'un véritable corps enseignant universitaire de médecine générale, et notamment des postes de chefs de clinique de médecine générale.

La manifestation historique de tous les acteurs de la discipline à Paris en décembre 2006 a provoqué une succession de rencontres ministérielles. Celles-ci ont orienté les travaux vers un projet de modification du décret fixant les statuts des différents personnels hospitalo-universitaires (chefs de clinique, maîtres de conférences, professeurs), pour permettre l'exercice d'une part de l'activité de soins en médecine générale.

Mais les échéances électorales et le changement de gouvernement en mai 2007 ont conduit à l'abandon de ce projet initial de décret pour la structuration de la filière. Il a fallu relancer le dossier avec de nouveaux interlocuteurs ministériels et trouver à la hâte une solution statutaire transitoire pour la prise de fonction des chefs de clinique de médecine générale. Cette solution a été trouvée quelques semaines avant la rentrée universitaire...

« La grande victoire de cette filière réside dans une activité de soins en ambulatoire »

Seize chefs de clinique de médecine générale sont donc en poste universitaire depuis le 5 novembre 2007, non sans mal. Leur activité de soins a été un peu longue à se mettre en place selon les chefs. La solution réside dans l'application d'un contrat d'exercice en collaboration libérale pour les jeunes

chefs qui travaillent chez des généralistes hébergeurs. La grande victoire de cette filière réside dans une activité de soins en ambulatoire, c'est-à-dire en cabinet de médecine générale, à mi-temps, le reste de l'activité étant consacrée aux missions universitaires d'enseignement et de recherche.

On perçoit ainsi tout l'intérêt de la médecine générale à bénéficier de l'implication d'une jeune génération de généralistes dans l'essor universitaire de la discipline. On peut en revanche s'étonner du décalage entre l'avènement de cette filière universitaire de médecine générale et l'état de la formation pratique des internes de médecine générale. En effet, la maquette de stages est-elle vraiment appropriée pour former les généralistes de demain? Elle mériterait peut-être une restructuration dans les années à venir.

Sylvain DURIEZ,
Secrétaire Général de l'ISNAR-IMG

Restructuration du DES de médecine générale

Une enquête nationale a été menée par l'ISNAR-IMG auprès des internes de médecine générale concernant la formation pratique. Les premiers résultats seront présentés par Odile ANGOT, Chargée de Mission Formation de l'Interne, et débattus lors d'un atelier au IX^e Congrès de la Médecine Générale du XXI^{ème} siècle à Strasbourg les 11 et 12 janvier 2008.

La médecine générale en France

Une profession reconnue, un champ disciplinaire inexistant !

La recherche en soins primaires (en médecine générale ou encore médecine de famille) est très peu connue des internes de médecine générale (IMG), et totalement insoupçonnée des externes, qui rappelons-le, s'orienteront vers le DES de médecine générale pour la moitié d'entre eux. (lire la suite page 5)



INTERVIEW du Dr Benjamin DENEUVILLE, *Chef de Clinique de Médecine Générale à Lille*

Depuis maintenant un mois, les premiers chefs de clinique de médecine générale ont été nommés. L'heure du premier bilan de la mise en route est venue, notamment de l'expérience lilloise, en sachant que chaque faculté a son modèle.

Comment est organisé votre temps de travail ?

Dr Benjamin DENEUVILLE : Le lundi, je fais du travail de formation personnelle et de recherche à domicile. Les deux journées suivantes j'effectue la part universitaire à la faculté. Le mardi, c'est du travail de recherche le matin puis l'après midi, je tiens une « permanence » de rencontre avec les internes de médecine générale (IMG) pour partager sur des projets de thèse, le DES, les stages, des propositions concernant les enseignements. Cela permet de créer une interface entre les internes et le DMG. Le mercredi, jour de cours pour les IMG à Lille, soit j'anime des enseignements dirigés (ED), soit j'entreprends un travail d'élaboration ou de refonte des ED déjà existants. Les jeudi et vendredi sont dédiés à l'activité de soins, donc je travaille chaque journée dans un cabinet de médecine générale différent sous un statut de collaborateur libéral (avec un contrat UR CAM nous garantissant un revenu plancher environ égal à celui des Chefs de clinique assistants des hôpitaux, indépendamment du nombre d'actes réalisés).

Quel est aujourd'hui votre ressenti sur la création de la filière ?

Dr BD : La FUMG est en train de naître avec la nomination des premiers chefs de clinique de médecine générale. Il s'agit de la première pierre à l'édifice mais la mise en place d'une FUMG digne de ce nom ne peut faire l'économie de la nomination de Professeurs titulaires dans chaque faculté. N'oublions pas que nous avons été nommés pour le moment sur

des statuts transitoires et non assistants comme pour les autres spécialités.

« La mise en place d'une FUMG digne de ce nom ne peut faire l'économie de la nomination de Professeurs titulaires dans chaque faculté. »

A ce propos, êtes-vous confiant pour le développement de la FUMG ?

Dr BD : Le développement de financements pour rémunérer et former les maîtres de stage de façon à avoir un enseignement aux cabinets de qualité est tout aussi important. La filière de médecine générale a besoin d'enseignants en nombre suffisant et formés pour permettre un enseignement interactif. Pour mémoire, à Lille, en première année de DES cette année, il y a 150 IMG et ils seront plus de 200 par promotion dans 4 ans pour seulement cinq enseignants associés et moi même. De même la médecine générale doit et va développer une recherche spécifique car nous avons besoin de référentiels qui nous soient propres, et de publications pour faire connaître et reconnaître par les autres spécialités notre singularité et la qualité de nos travaux. Pour cela, encore une fois, il faut du temps et donc des financements, mais je suis confiant. S'il y a une véritable volonté gouvernementale de ré axer la santé sur le premier recours, nous avons la « main d'œuvre » et la motivation, donc nous réussirons.



Depuis une cinquantaine d'années, la recherche en soins primaires existe en Europe là où les filières universitaires de médecine générale sont établies. Aux Pays-Bas, des travaux de recherche en soins primaires sont pris en compte dans la rédaction des recommandations, au même titre que les études effectuées en milieu hospitalier. Qu'en est-il en France ? En cinq ans, seulement dix-sept travaux sur le thème la médecine générale ont été publiés dans des revues indexées ; 90% des thèses des IMG ne sont pas en rapport avec les soins primaires, leur véritable spécialité. Depuis novembre 2007, 16 chefs de clinique en cabinet de médecine générale sont en exercice, contre 3000 pour les spécialités hospitalières ; des sociétés savantes de faible impact ont été créées par des généralistes enseignants très motivés pour développer la recherche en soins primaires. Un constat pessimiste, certes, mais rien n'est encore perdu, au contraire, tout se joue maintenant.

« La recherche médicale en France ne s'appuie que sur l'étude des patients hospitalisés, avec par conséquent une prévalence et des complications de maladies totalement différentes. »

La recherche en soins primaires fait partie du champ de la santé publique, de l'éthique, de la sociologie et de la thérapeutique médicamenteuse.

Un exemple concret : une thèse d'IMG a été primée au congrès du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants). Elle traitait du cas de femmes lyonnaises portant le voile. Ces femmes étaient étiquetées fibromyalgiques depuis des années. C'est au cours d'un stage en Médecine Interne que l'IMG a dépisté une carence en vitamine D par manque d'exposition solaire, expliquant ces douleurs chroniques. Cette thèse regroupe de l'épidémiologie, de la sociologie, de l'ethnologie et de l'éthique.

Il faut bien comprendre que la recherche en soins primaires étudie la population qui consulte en

cabinet de médecine générale, ce qui représente 25 fois plus de patients qu'à l'hôpital. Cependant, la recherche médicale en France ne s'appuie que sur l'étude des patients hospitalisés, avec par conséquent une prévalence et des complications de maladies totalement différentes. Cela rend les recommandations, et l'application de celles-ci sur les patients rencontrés au cabinet, très discutables. L'avènement de la filière universitaire de médecine générale (FUMG) et le congrès de l'organisation européenne de médecine générale (WONCA Europe) à Paris cet automne, ont permis l'émulation de la recherche en médecine générale en France.

A travers un atelier dédié au thème de la recherche en soins primaires lors du Congrès National de l'ISNAR-IMG, le 12 janvier 2008 à Strasbourg, l'ISNAR-IMG tracera, avec l'aide des différents intervenants, les perspectives de cette nouvelle ère de recherche en soins primaires.

Les internes de médecine générale ont commencé à se regrouper dans une association de jeunes chercheurs créée en Juin 2007 et nommée FAYR-GP (French Association of Young Researchers in General Practice). Elle ne se veut pas élitiste mais très ouverte avec comme ambition de faire découvrir et de promouvoir la recherche en soins primaires auprès des externes, des internes et des chefs de cliniques de médecine générale. FAYR-GP permettra aussi d'organiser un réseau de communication entre les IMG, de fournir des conseils et une banque de données.

Sa finalité : dynamiser la recherche chez les IMG, les aider dans leur formation, améliorer la qualité des travaux de recherche, susciter des vocations universitaires en médecine générale pour fournir un réel contenu à la FUMG.

Une spécialité Médecine Générale efficiente se doit d'être une discipline qui crée et évalue ses propres référentiels, adaptés à son exercice. La FUMG était l'outil qui manquait à cette mission.

Jean Sébastien CADWALLADER,
CM Relations Internationales de l'ISNAR-IMG

Etats généraux de l'organisation de la santé

Les IMG ont leur mot à dire !!

De semaines de grève en manifestations et cortèges, de chansons malicieuses en hakkas endiablés, nous avons tous ensemble obtenu la réécriture de l'article 33 du PLFSS 2008 qui introduisait la notion de régulation négative de la liberté d'installation, mais aussi - surtout ? - notre participation aux Etats Généraux de l'Organisation de la Santé. Que les futurs et jeunes médecins participent à un tel évènement, c'est historique !



EGÉOS ?

EGÉOS, voilà encore un acronyme tortueux repris par la presse et que les personnes concernées utilisent sans le vouloir pour éviter de répéter à longueur de journées « Etats généraux de l'organisation de la santé ».

« Etats généraux » : la formule est à la mode, et la méthode de travail semble assez efficace. Les différents acteurs du monde de la santé - au sens large - se réunissent donc pour réfléchir à une meilleure organisation du système de soins. Outre les cinq structures jeunes qui ont mené le mouvement de grève d'octobre (ANEMF, ISNAR-IMG, ISNIH, SNJMG et ISNCAA), le groupe de concertation permanent (GCP) des EGÉOS comprend les représentants syndicaux des médecins seniors, les instances de tutelle (Ordre des médecins, ONDPS, et DHOS) mais aussi les associations de patients par le biais du CISS (Comité inter associatif sur la santé), les élus locaux par l'intermédiaire de l'Association des Maires de France, les assurés sociaux et la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). Les autres professions de santé ? Elles seront au centre de la deuxième phase des EGÉOS...

Annie PODEUR et la DHOS

Annie PODEUR est la directrice de la DHOS, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Cette institution importante, accolée au ministère de la Santé, a pour rôle d'organiser les soins sur le territoire français, bien sûr à l'hôpital, mais aussi dans le secteur ambulatoire... normalement ! Mais c'est une mission dont la DHOS s'acquitte bien plus difficilement, parce que le système ambulatoire est plus complexe dans son déploiement, que le système hospitalier - mais aussi, il faut bien le dire, parce qu'il lui est moins familier... Attentive au travail de l'ISNAR-IMG, Madame PODEUR nous a par exemple donné son soutien pour le projet de participation des IMG à la permanence des soins ambulatoire.

Fonctionnement des EGÉOS

Les EGÉOS proprement dits se tiendront le 5 février.

« [Les EGÉOS] permettront de colliger les doléances, et les propositions de tous les professionnels de santé du système actuel, en vue d'imaginer de nouvelles pistes, et de proposer des solutions concrètes aux problèmes qui seront soulevés. »

D'ici là, le GCP auditionnera tous les acteurs du système de soins français, dans des réunions longues et nombreuses, le plus souvent à Paris, mais dont certaines seront délocalisées - c'est chic ! Ces

rencontres permettront de colliger les doléances, mais surtout les propositions de tous les professionnels de santé du système de soins actuel, en vue d'imaginer de nouvelles pistes, et de proposer des solutions concrètes aux problèmes soulevés.

Pouvoir décisionnel ?

Le GCP est présidé par Madame Annie PODEUR, Directrice de la DHOS, et par le Professeur Yvon BERLAND, Président de l'ONDPS et auteur de nombreux rapports concernant le système de soins. Tous deux sont des interlocuteurs habituels de l'ISNAR-IMG - et des autres structures composant le GCP. Le travail sera donc structuré et constructif, et un dialogue ouvert au rendez-vous. Cependant, s'ils coordonnent les EGÉOS, ni Annie PODEUR, ni Yvon BERLAND n'ont de réel pouvoir décisionnel. Car ce sont les structures du GCP qui donneront leurs conclusions, et feront les propositions concrètes. Celles-ci auront pour vocation d'inspirer le ministère de la santé pour réformer le système de soins français !

La voix des jeunes

Bien évidemment, on se réjouit que les futurs et jeunes médecins soient enfin partie prenante à l'élaboration du système de soins de demain. Encore faut-il que leurs voix soient entendues ! Et c'est bien là que se situe l'enjeu le plus grand... Aussi, les cinq structures jeunes s'efforcent de travailler conjointement, dans le but de s'exprimer d'une seule voix - plus forte puisque solidaire. Des réunions de concertation et de préparation des auditions se tiennent régulièrement. Et puisque officiellement, chaque structure ne peut être représentée aux EGÉOS que par un seul membre, c'est Emmanuel GALLOT, notre Président, et en son absence, Guillaume COINDARD, en charge de la permanence des soins, qui représentent l'ISNAR-IMG et tous les internes de médecine générale : l'un comme l'autre s'appuient sur les réflexions du bureau national portées par les suggestions directes des internes, pour pouvoir vous représenter et vous défendre au plus juste. Les cinq voix des structures jeunes, à l'unisson, seront-elles entendues dans le vacarme des négociations ? Nous l'espérons tous !

Jean WOLFARTH
Trésorier de l'ISNAR-IMG

Yvon BERLAND et l'ONDPS

Président de l'Université de Méditerranée, il est également Président de l'ONDPS, l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Cette structure, créée en 2003, fait régulièrement l'état des lieux en termes de démographie médicale, analyse les données recueillies, et se veut une force de propositions pour remédier aux problèmes soulevés, en publiant notamment des rapports, permettant aux décideurs de lancer les réformes adéquates. L'ISNAR-IMG participe régulièrement à l'élaboration de ces documents - par exemple, un travail sur la médecine générale est actuellement en cours !



Les aides à l'installation

On en parle comme d'une rumeur...

Mais n'en voyons que peu la couleur.

La loi de développement des territoires ruraux

La loi de développement des territoires ruraux¹ permet aux collectivités territoriales (communes, communautés de communes, conseils généraux, conseils régionaux) d'attribuer des aides aux internes de médecine générale et aux médecins généralistes s'installant. Plusieurs articles conditionnent la délivrance de ces aides, toutes concernant l'exercice en zones déficitaires².

Les aides incluses dans la loi DDTR

Indemnité d'étude et de projet professionnel (ex. Allier)

Indemnités de logement et de déplacement aux internes de médecine générale lorsqu'ils effectuent leurs stages dans les zones déficitaires

Aide financière aux collectivités pour les investissements immobiliers destinés à l'installation des professionnels de santé

Exonération de la taxe professionnelle dans l'année qui suit l'installation des médecins

Exonération de l'impôt sur le revenu pendant 5 ans puis dégressivité sur 9 ans, pour les professions libérales exerçant dans une zone de revitalisation rurale

Exonération de l'impôt sur le revenu pour la rémunération au titre de la permanence des soins (les gardes libérales effectuées en ville par les médecins généralistes) à hauteur de soixante jours de permanence par an

¹ Loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux

² Les zones déficitaires en médecins généralistes sont définies par la circulaire DHOS-03/DSS/UNCAM/2005 n°63 du 14/01/2005 relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes.

Les critères ne sont pas stricts et toute liberté est donnée aux Missions Régionales de Santé d'en rajouter si elles le jugent nécessaires pour affiner leur zonage. Parmi les critères qui sont toujours retenus :

- Il doit toujours s'agir d'une zone qui comporte au moins 1500 habitants pour assurer la viabilité économique d'une éventuelle installation d'un professionnel
- La densité et l'activité médicale (une densité plus faible et une activité plus intense que la moyenne nationale classe la zone comme déficitaire)

A titre d'exemple, les autres critères pris en compte dans la région Centre :

- Critère 1 : La part des médecins de plus de 55 ans est supérieure à 66 %.
- Critère 2 : L'activité des généralistes des zones limitrophes est supérieure de 30 % à la moyenne régionale.
- Critère 3 : La proportion de personnes âgées est supérieure de 25 % à la moyenne régionale.
- Critère 4 : La part des personnes en Affection de Longue Durée est supérieure de 25 % à la moyenne régionale.
- Critère 5 : La consommation moyenne d'actes de généralistes est supérieure de 0,5 à la moyenne régionale.
- Critère 6 : La part des actes intrazone est inférieure à 50 %.
- Critère 7 : La part des femmes généralistes est supérieure à 33 %.
- Critère 8 : L'évolution de la population de la zone entre les 2 recensements est supérieure à l'accroissement régional
- Critère 9 : La densité médicale calculée à partir du nombre de bénéficiaires de consultations et de visites par an est inférieure à la densité médicale calculée à partir du recensement 1999.
- Critère 10 : Le délai d'intervention du SAMU ou d'accessibilité d'un cabinet médical est supérieur à 20 minutes.



Ces mesures semblent intéressantes... encore faudrait-il que lesdites collectivités territoriales aillent à la rencontre des futurs médecins pour en faire la promotion. Hélas, la réalisation d'une enquête par l'ISNAR-IMG en février 2007 auprès de celles-ci ainsi que des URCAM³ et visant à recenser ce qui était proposé aux médecins désirant s'installer, a été l'occasion de faire le constat d'une édifiante disparité voire d'une méconnaissance de leurs prérogatives...

Tout... et n'importe quoi

Dans les Vosges, « les réflexions n'ont pas encore abouti »...

En Haute Loire, « le conseil général n'exerce pas de compétence directe en matière d'offre de soins et ne dispose donc d'aucune aide à l'installation des médecins généralistes. » et de renchérir: « Etant moi-même médecin et de surcroît élu d'un département rural, je suis parfaitement sensibilisé aux difficultés d'installation des jeunes médecins. » !

Du côté de la Haute Vienne, on considère qu'il « revient prioritairement à l'Etat, dans le cadre de sa compétence en matière de santé publique, de garantir l'accès aux soins pour tous les habitants et en tous lieux du territoire français ».

A contrario, d'autres départements prennent le problème à bras le corps comme la Sarthe, la Marne, le Lot ou l'Allier : de nombreuses aides sont allouées, et des crédits pour la construction de maisons de santé pluridisciplinaires sont débloqués.

L'Allier à la conquête des jeunes médecins généralistes

Initiée par le Conseil général de l'Allier en 2006, la bourse d'étude et de projet professionnel favorise l'installation de jeunes médecins généralistes en milieu rural. Elle a pour objectif d'enrayer les statistiques annonçant d'ici 10 ans l'émergence de zones déficitaires en offre de soin, due aux départs en retraite.

Souhaitant anticiper ce qui pourrait devenir un grave problème d'équilibre entre les zones rurales et urbaines, le Conseil général de l'Allier prévoit, dans le cadre de ce dispositif d'aide à l'installation, le versement de plus de 38 000 euros durant les 3 dernières années d'études. Une fois diplômés, les jeunes médecins s'engagent à s'installer et exercer 6 ans dans une des zones déficitaires.

Pour accompagner ce dispositif innovant, les élus du Conseil général de l'Allier ont été audacieux dans la manière de l'annoncer. Un visuel percutant de type western, une large couverture médiatique, appuyés d'un travail conséquent mené sur le terrain auprès des associations d'étudiants, des universités et milieux médicaux, ont déjà séduit 4 candidats qui ont décidé de s'installer dans l'Allier.

www.allier.fr

ALLIER (03)
LE CONSEIL GÉNÉRAL DE L'ALLIER FAVORISE
L'INSTALLATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

WANTED

ETUDIANTS 3ÈME CYCLE MEDECINE GENERALE

 1 ^{ère} année 8.400€	 2 ^{ème} année 12.000€	 3 ^{ème} année 18.000€
--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

BOURSE étudiante **3ÈME CYCLE** MÉDECINE GÉNÉRALE

Dossier d'inscription et plus d'infos sur les aides :
www.allier.fr

Conseil Général
Département de l'Allier

³ Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

LES AUTRES MESURES INCITATIVES EXISTANTES

OU LE SECRET LE MIEUX GARDÉ AU MONDE



Dérogation au parcours de soins (= moratoire à l'installation) : pendant cinq ans, les consultations réalisées par un médecin généraliste installé en libéral pour la première fois depuis moins de cinq ans ou installé en zone déficitaire sont exonérées des pénalités financières qui s'appliquent au patient hors parcours de soins.

Contrat de bonnes pratiques relatif à l'exercice du médecin généraliste dans les stations de sports d'hiver : 2 000 €/an sous réserve d'avoir respecté les conditions du contrat. Engagement pour trois ans.

Contrat de bonnes pratiques relatif aux spécificités de l'exercice de la médecine générale en milieu rural : 300 €/jour de remplacement dans la limite de 10 jours par an. Engagement pour trois ans.

Contrat de bonnes pratiques relatif à l'exercice du médecin généraliste en zones franches urbaines⁴ : 300 €/jour de remplacement dans la limite de 18 jours par an + 240€/vacation d'une demi-journée de prévention et éducation à la santé et/ou de coordination médicosociale dans la limite de douze par an.

Exonération des charges patronales pendant 1 an pour l'embauche d'un salarié dans un cabinet installé en zone de revitalisation rurale.

Exonération partielle de l'impôt sur le revenu pour les professions libérales exerçant dans une zone franche urbaine : exonération partielle de l'impôt sur le revenu pendant neuf ans et dégressivité au bout de cinq ans.

Exonération de la taxe professionnelle pendant 5 ans pour la création d'un cabinet dans une zone urbaine sensible, une zone de revitalisation urbaine ou une zone franche urbaine.

On peut enfin ajouter pour mémoire la possibilité d'**exercice multi sites** autorisé par l'article 85 du code de déontologie médicale, l'exercice en qualité de **collaborateur libéral** et la **possibilité pour les médecins libéraux retraités de cumuler une activité plafonnée avec leur indemnité de retraite.**

⁴ **Zones franches urbaines (définition INSEE):**

Les zones franches urbaines (ZFU) sont des quartiers de plus de 10 000 habitants, situés dans des zones dites sensibles ou défavorisées. Ils ont été définis à partir des critères suivants :

- **taux de chômage ;**
- **proportion de personnes sorties du système scolaire sans diplôme ;**
- **proportion de jeunes ;**
- **potentiel fiscal par habitant.**



Et du côté de l'Assurance Maladie ?

Les URCAM disposent de plateformes en ligne intéressantes (Inst@lsanté⁵ et C@rtosanté⁶) pour réaliser de véritables « études de marché » personnalisées en amont de l'installation. Un guide papier sera également bientôt disponible, et remis au cours d'un module universitaire en voie de finalisation.

Tout ceci rend malheureusement compte du manque de prise de conscience par les acteurs du système de soins de la situation dramatique qui nous attend d'ici 5 à 10 ans en matière de répartition des médecins. La stratification des aides, ainsi que la diversité des institutions chargées de les appliquer, dessert manifestement le but recherché. D'autre part, la nature même des aides, exclusivement pécuniaires et centrées sur l'individu médecin, témoigne du manque de connaissance de la pratique de terrain ainsi que de la profonde mutation des aspirations des jeunes médecins en matière d'organisation du travail.

Avenant 20 à la Convention médicale ou le vice caché...

Le 23 mars 2007 paraissait au Journal Officiel l'avenant numéro 20 à la convention médicale de 2004. Celui-ci s'est présenté comme une **première menace à la liberté d'installation**.

Tout commence pour le mieux dans le meilleur des mondes, avec une majoration forfaitaire annuelle des honoraires (20% de l'activité dans l'année écoulée) des médecins libéraux installés en zone déficitaire; ce forfait étant attribué aux médecins qui s'engagent à exercer en groupe dans les mêmes locaux. Le but avoué est louable, les partenaires conventionnels estimant que « *l'exercice regroupé favorise en effet les échanges professionnels, libère du temps pour la formation et la vie personnelle, tout en facilitant la continuité des soins* ».

Qu'est-ce qu'un avenant ?

Un avenant est une précision, une modification à la convention médicale (ce contrat qui lie les médecins à l'Assurance Maladie avec des obligations, tarifaires essentiellement, pour les deux parties signataires). Les négociations conventionnelles se font entre partenaires conventionnels, c'est-à-dire sans les jeunes médecins. A la table des négociations, il y a aujourd'hui la CSMF, le SML et Alliance. On peut s'étonner de l'absence de MG France, Espace Généraliste, SMG et FMF.

D'autre part, le médecin adhérent à cette option conventionnelle bénéficie d'un suivi personnalisé

⁵ <http://www.urcam.assurance-maladie.fr/instaLsante.instalsante.0.html>

⁶ http://www.urcam.assurance-maladie.fr/carto_portail.0.html

par la caisse primaire d'assurance maladie, l'aidant à trouver des remplaçants, des spécialistes vacataires ou des auxiliaires médicaux pouvant exercer dans son cabinet. En retour, il lui est demandé de ne pas changer de lieu d'exercice pendant au moins 3 ans, de favoriser les contrats de collaboration libérale et les remplacements, de participer à la permanence des soins et de sensibiliser les élus locaux aux problèmes organisationnels de la zone (sic).

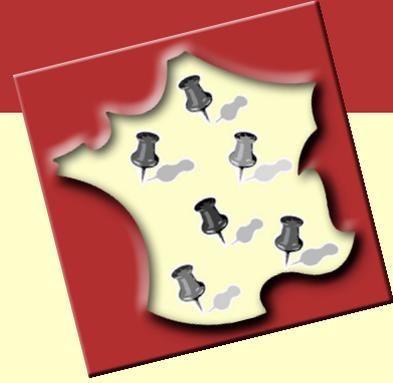
Après autant de nouvelles réjouissantes, le lecteur, encore sous les volutes d'une candeur déconcertante, ne voit pas arriver le retour de bâton en fin d'avenant. Et pourtant, comme le disait ma grand-mère : « *c'est ce qui est écrit en petit à la fin d'un contrat qui est le plus important.* » La sagesse de l'âge ne trompe pas. Tenez-vous bien : les partenaires conventionnels se donnent deux ans pour réussir là où même des politiques réellement volontaires en matière de démographie médicale ont échoué. Ils se donnent deux ans pour dire que si ce texte, accessoirement n'ayant été promu nulle part - ni à la ville ni à la campagne ni dans les facultés -, ne donne pas de résultats suffisants, ils appliqueront « *des mesures de régulation complémentaires, le cas échéant financières, notamment dans les zones*

« De là à parler d'avenant « vain » et de vice caché, il n'y a qu'un pas que nous franchissons allègrement. »

médicalement très surdotées, aux médecins conventionnés qui s'installeraient dans ces zones. » De là à parler d'avenant « vain » et de vice caché, il n'y a qu'un pas que nous franchissons allègrement, tant ce texte négocié en catimini par des syndicats médicaux présentant un conflit d'intérêt patent avec la jeune génération, est une mesure cosmétique de plus. Evidemment, toute ressemblance avec le récent et controversé Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2008 serait fortuite...

L'ISNAR-IMG, dans son habituel esprit de proposition, veut faire valoir non seulement la valorisation et l'amélioration de notre formation, mais aussi des conditions d'exercice (document de proposition du 4 octobre 2007 téléchargeable sur notre site internet : www.isnar-img.com) ; tout ceci allant de pair avec une politique forte de réaménagement du territoire. Nous défendrons avec force ces éléments aux Etats Généraux de l'Organisation de la Santé, débutant le 4 février 2008, au nom d'un système de soins plus efficient, et acceptable par tous.

Lionel MICHEL
Porte Parole de l'ISNAR-IMG



En Picardie, le clip réalisé par les internes pour l'inauguration de la « maison médicale » rurale d'un jour le 19 Octobre dans le patelin de Marly Gomont du rappeur Kamini a tant fait parlé de lui que même la revue « Elle » s'y est intéressée...

La grève...

C'était ici...

C'est 15 référés
(7 gagnés, et 8 perdus)

A Brest, c'est la file d'attente à l'entrée du CHU qui est passée à 2 vitesses : les voitures voulant aller vite payant une petite somme pour passer (reversée à une association caritative), les autres attendant patiemment

Sarkozy à Bordeaux...un cadeau ?

« Un footing à l'américaine ok, une santé à l'américaine jamais ! » à Nancy, les internes ont organisé un footing à 2 vitesses : les coureurs déconventionnés menant à vive allure la tête du jogging, les conventionnés peinant derrière...

Plus de 150 élus rencontrés !

Ou ailleurs...

A Nice, on fait 32h de bus pour manifester 4h à Paris !!!!!

Lille, le record au nord : 25 jours de grève totale (ex-aequo avec Toulouse !)

A Strasbourg, la ville verte, même les manifestations d'internes se font à vélo !

Droit de grève des internes : tout reste à faire...

Le mouvement national de grève des internes en octobre a très clairement mis en évidence d'importantes carences dans la législation relative à leur droit de grève. Celui-ci s'appuie sur une circulaire datant de plus de vingt ans (22 avril 1983) et sur des notes ministérielles du 12 mars 1997 et du 21 avril 2000.

Il est aujourd'hui strictement nécessaire de réviser ces textes afin de clarifier les devoirs -mais aussi les droits- des internes grévistes, et de renforcer leur poids législatif, une note ministérielle n'ayant pas vocation à être une règle absolue et opposable aux institutions hospitalières sur le terrain.

Cette carence législative a tout naturellement donné lieu sur le terrain à de multiples interprétations et à d'innombrables dérives : assignations abusives, pratiques aberrantes et moyens de pression en tout genre ont été exercés sur les internes. Vous en avez été les témoins et/ou les victimes de première ligne. Les différents recours en justice menés çà et là ont abouti à des jugements contradictoires pour des situations identiques, ne permettant même pas de dégager une quelconque jurisprudence.

« Assignations abusives, pratiques aberrantes et moyens de pression en tout genre »

C'est pourquoi l'ISNAR-IMG demande aujourd'hui à ce qu'une réflexion soit menée de concert entre les organisations représentant les internes, les hôpitaux, et les services de l'état compétents en la matière, pour aboutir à une législative clarifiant le droit de grève des internes.

L'ISNAR-IMG formule des propositions en matière d'organisation des services hospitaliers et des terrains de stage ambulatoire dans un contexte de grève des

internes. Un document de travail a donc été élaboré et va être transmis à la DHOS¹.

Ces propositions précisent, entre autre, un cadre strict pour les assignations des internes grévistes : elles ne concernent que les périodes de gardes et astreintes, et elles n'interviennent que lorsque les internes non grévistes et les praticiens hospitaliers ont été préalablement assignés.

« C'est pourquoi l'ISNAR-IMG demande [...] une révision législative clarifiant le droit de grève des internes »

Le document de travail aborde toutes les modalités de grève, et apporte des éléments de réponse en matière d'organisation sur le terrain dans chacun de ces cas. En effet, si nous parvenons à définir de façon précise les « règles du jeu », les institutions hospitalières ne seront plus en mesure d'interpréter les textes et d'entraver ainsi vos droits de grève et d'expression. L'objectif est d'aboutir à l'élaboration d'un décret, ce qui permettrait d'appréhender la prochaine grève (que nous souhaitons lointaine !!), en conciliant sérénité et efficacité.

Bérengère CROCHEMORE
Vice-présidente de l'ISNAR-IMG

¹ Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins



L'ANTIDOTE
Journal des Internes de Médecine Générale.

Bulletin bimestriel, gratuit
Rédactrice en chef : Camille ISNARD
Responsable de publication : Guillaume COINDARD
Contact : publication@isnar-img.com - Tél. 04 78 60 01 47
Imprimerie : **Fluoo, 38500 Voiron**

ISNAR-IMG
Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

Adresse : 286 Rue Vendôme 69003 Lyon
Tél. 04 78 60 01 47 - Fax. 04 78 60 27 14
www.isnar-img.com
contact@isnar-img.com - administration@isnar-img.com

Siret 424 072 00025 - Code APE 912Z - Union de syndicats professionnels (livre IV du Code du Travail) et d'associations (loi 1901). Déclarée représentative des internes en médecine générale par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité en 1999. Membre de la FAGE 2001. Membre du Conseil Supérieur des Hôpitaux.

