

L'ANTIDOTE



LE JOURNAL DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

www.isnar-img.com - bimestriel gratuit - numéro 6 - février / mars 2009

À LA LOUPE REIMS 2009 : Le bilan

MÉDECINE ET SOCIÉTÉ

Le projet de loi "HPST" à l'Assemblée Nationale

CNIPI : Cela N'est-Il Pas Inespéré ?

Le repos de sécurité : de la théorie à la pratique

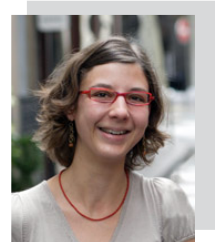
ICI OU AILLEURS

Rencontre internationale entre internes de
médecine générale

Clermont s'engage !



Plus de deux mois après sa clôture, le 10^{ème} Congrès National des Internes de Médecine Générale, organisé à Reims les 23 et 24 janvier dernier, reste présent dans les esprits. Deux jours de débats constructifs grâce à votre active participation, une soirée de Gala dont chacun se souviendra... Cet événement national a une nouvelle fois permis de dégager vos attentes et donc les grandes lignes de travail pour les mois à venir.



Au sortir de cette rencontre, nous avons rendez-vous avec l'étude par l'Assemblée Nationale du projet de loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires ». Comme prévu, la question de la démographie médicale déclencha les ardeurs parlementaires. Si nous sommes sortis victorieux de cette étape, si la médecine générale vient de passer un tournant historique, c'est encore un parcours semé d'embûches qui s'annonce. Souhaitons que les politiques cessent le débat binaire et contre productif incitation/coercition, et acceptent d'exclure de leur discours les mesures d'affichage qu'ils savent pertinemment inefficaces. Il est temps de travailler à l'essentiel et d'intégrer la nécessité de réorganiser notre système de soins dans sa globalité, aux services des usagers et d'une médecine générale d'excellence.

Vaste chantier qui ne nous fait bien sûr pas ralentir les travaux relatifs à l'amélioration de notre formation et aux non moins nécessaires clarifications de notre statut d'interne.

Des professionnels de soins primaires demain, mais aujourd'hui ? Quel parcours vers notre exercice ? Quelle place, quelles responsabilités tout au long de notre cursus ?

SOMMAIRE

Éditorial.....p 2



Médecine et Société

Le projet de loi "HPST" à l'Assemblée Nationale.....p 3
Le repos de sécurité : de la théorie à la pratique.....p 4
CNIPI : Cela N'est-I/Pas Inespéré ?p 5

À la loupe

Reims 2009 : Le bilan.....p 6
Quatre années pour un DES de qualité.....p 7
Médecin usurpé ? Étudiant affranchi ? Salarié incertain ? Interne qui es-tu ?.....p 7
La formation : un pont entre les générations.....p 8
Des compétences de référence pour un métier spécifique.....p 8
Se former à l'humanitaire pendant l'internat : Pourquoi ? Comment ?.....p 9
Des professionnels de santé coopérant pour un système cohérent.....p 9



Ici ou ailleurs

Rencontre internationale entre internes de médecine générale.....p 10
Clermont s'engage !.....p 11

Question d'internes

"Peut-on réaliser deux SASPAS ?"p 12





Le projet de loi "HPST" à l'Assemblée Nationale...

Les Etats Généraux de l'Organisation de la Santé (EGéOS), mis en place à la suite du mouvement de grève d'octobre 2007, ont trouvé leur traduction dans le titre II du projet de loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST).

Alors, il était permis de penser que chacun avait intégré, au vu de la pénurie médicale annoncée, la nécessité de réorganiser le système de soins de façon globale et efficace. **Pourtant, en ce début de mois de mars, nous avons échappé de peu au déclenchement d'une nouvelle manifestation explosive...**

Le terme « conventionnement sélectif »¹ est ressorti des placards. Une mesure d'affichage, simpliste, arithmétique, dont chacun sait l'inefficacité. Ce type de politique aggraverait le problème de la démographie médicale : majoration de la non attractivité de la médecine générale, stratégies de fuite vers les exercices particuliers ou le salariat, âge d'installation encore plus tardif (actuellement de 39 ans)... A terme, le risque est celui d'une désaffection de la profession toute entière.

Seulement voilà, après 20 ans d'immobilisme, pressés d'en démordre avec les dits « déserts médicaux », soucieux de répondre rapidement aux électeurs et d'afficher une prise de responsabilité non moins mirage que la mesure elle-même, certains Députés ont ressorti le poignard coercitif.

Cela faisait pourtant des mois que l'ISNAR-IMG et les membres de ses structures régionales menaient un lobbying parlementaire intensif. Nous avons expliqué, réexpliqué, démontré chiffres à l'appui, l'inefficacité voire la dangerosité d'une telle mesure et le bénéfice attendu de la concrétisation des conclusions des EGéOS : guichet unique (centralisation de l'ensemble des informations et des démarches de l'installation), regroupement de professionnels, coopérations, contrats Santé-Solidarité².

Mais le lundi 2 mars, alors que la question de la démographie médicale devait être analysée à l'article 26 de la loi HPST, les Parlementaires décident d'en découdre à l'article 15 ! Nous passons à deux voix de l'adoption d'un amendement obligeant les jeunes médecins généralistes à exercer pen-

dant cinq ans dans les régions sous dotées !

Dès le mardi soir une assemblée générale des structures régionales adhérentes à l'ISNAR-IMG est convoquée et il est voté à l'unanimité le dépôt d'un préavis de grève en cas d'adoption d'un amendement coercitif par les Députés.

Dès lors, la tension est à son maximum. C'est finalement la raison qui l'emporte dans l'hémicycle la nuit du 3 au 4 mars, avec le rejet de toute mesure coercitive et l'adoption du principe des contrats Santé-Solidarité.

Bien sûr il ne s'agit pas de crier victoire trop tôt : l'étude du projet de loi est achevée à l'Assemblée Nationale mais les Sénateurs ne se prononceront qu'en mai.

Dans l'attente, notre vigilance est constante et les Parlementaires peuvent être assurés de notre réactivité si le choix ne nous en était pas donné.

Fabien GRUSELLE,
Secrétaire Général Adjoint
de l'ISNAR-IMG

¹ Non conventionnement des médecins qui s'installeraient en zone dite « sur dotée »

² Voir encart

Les contrats Santé-Solidarité

Si le panel de mesures organisationnelles et incitatives ne permettait pas d'assurer une offre de soins suffisante dans certains territoires, il serait proposé aux médecins installés dans les zones les plus sur dotées d'épauler leurs confrères des zones les plus sous dotées (sous la forme de vacations, de participation à la permanence des soins...). Les médecins ne souhaitant pas souscrire ce contrat s'acquitteraient d'une contribution financière, utilisée au profit des mesures incitatives. Ces contrats devaient figurer dans la convention médicale. Mais l'absence de prise de responsabilités de nos aînés a poussé les Députés à les traduire dans le champ législatif... Si cette mesure ne constitue pas LA réponse à la problématique de la démographie médicale, son caractère intergénérationnel la rend acceptable pour nous et concourt à rassurer les élus.



Le repos de sécurité : de la théorie à la pratique

Le repos de sécurité est une avancée sociale importante. Sa mise en place fut obtenue en 2002, au décours d'un mouvement de grève des internes. Contrairement à l'idée reçue, le « repos de garde » n'existe pas : cette période de pause n'est pas une « récompense » pour avoir travaillé de nuit. L'objectif du repos de sécurité est de limiter le nombre maximum d'heures travaillées consécutives afin d'assurer la sécurité de la prise en charge des patients.

La définition réglementaire est la suivante¹ : « [...] Le repos de sécurité, d'une durée de onze heures, est constitué par une **interruption totale de toute activité hospitalière** et doit être pris immédiatement **après chaque garde de nuit**. »

● En pratique...

Le repos de sécurité figure dans la loi et est donc **obligatoire**. Il n'est pas laissé à votre libre choix même si les gardes sont très calmes ou s'il vous semble réduire le temps de formation du fait d'une grande fréquence des gardes. Il est **consécutif à une garde de nuit**. Il ne s'applique donc pas après les gardes de jour, ni après les « demi-gardes ». C'est une **interruption totale**. Vous ne devez donc pas être présent à l'hôpital, même s'il s'agit d'assister à des consultations ou de faire la visite sans effectuer aucune prescription. Il n'y a **pas de notion d'unité géographique** donc le repos de sécurité s'applique même si vous effectuez des gardes dans un autre établissement que celui de votre stage. Il

concerne les **activités hospitalières**. Il ne s'applique donc pas lors des stages ambulatoires (sauf accord avec le praticien). L'ISNAR-IMG travaille à l'obtention d'une modification législative afin que le repos de sécurité concerne « toute activité de soins » et non les seules activités hospitalières.

"Le repos de sécurité n'est pas laissé à votre libre choix"

● En cas de non respect du repos de sécurité...

En cas de non respect, vous êtes en situation d'illégalité et êtes donc condamnable, même en l'absence de problème. En cas d'erreur médicale commise au cours d'un repos de sécurité, vous êtes pénalement seul(e)

responsable et votre sénior ne peut être inquiété même si c'est lui qui vous oblige à travailler. Du fait de l'illégalité du non respect du repos de sécurité, ne comptez pas sur votre assurance pour prendre en charge une partie des condamnations financières en cas de procès. En cas d'accident (accident de la route sur la période d'un repos de sécurité, AES, ...), vous ne pourrez pas être pris en charge au titre d'un accident de travail.

Si vos séniors vous obligent à travailler, refusez ! La loi prévaut sur leurs exigences et sur vos choix. Au vu des premiers résultats d'un état des lieux national réalisé par l'intermédiaire des structures régionales adhérentes à l'ISNAR-IMG, la plupart des cas de non respect du repos de sécurité relève de votre choix personnel... Attention, cette situation n'est pas dénuée de risques !

Laurent DIGABEL,
Chargé de Mission Publication
de l'ISNAR-IMG

¹ Article 2 de l'Arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité

CNIPI : Cela N'est-Il Pas Inespéré ?



Souvenez-vous, le vendredi 23 janvier 2009, à Reims, Madame la Ministre de la Santé et des Sports profite de son discours d'ouverture de notre 10^{ème} congrès pour annoncer la création, tant attendue, d'une Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat (CNIPI).

Saluons au passage l'attention toute particulière qui nous fut réservée, en choisissant sciemment le Congrès de l'ISNAR-IMG pour en aviser les médias !

Sur le modèle existant de la Commission Pédagogique Nationale des Etudes Médicales (CPNEM) destinée aux premier et second cycles, un décret, paru le 10 mars, crée une commission équivalente pour le troisième cycle : la Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat.

Le pilotage de cette commission est du ressort du Ministère de la Santé et des Sports. Elle sera co-présidée par nos Ministères de tutelle : le Ministère de la Santé et des Sports et le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.

Ses missions : proposer des évolutions des Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES) mais aussi des Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC), notamment par l'actualisation des maquettes pédagogiques de formation. Cette commission se prononcera par ailleurs sur la répartition des postes d'internes et sur les effectifs du post-internat. Elle sera aussi chargée de réfléchir aux moyens d'améliorer l'organisation du troisième cycle (modalités de choix de stage, critères d'obtention d'un inter-CHU ou d'une année recherche...). Un seul objectif visé : l'amélioration de la qualité de notre formation.

Hormis les représentants ministériels, la CNIPI sera composée de la

Conférence des Doyens et de représentants de toutes les spécialités, des internes aux praticiens. L'ISNAR-IMG y siègera bien sûr pour les internes de médecine générale. Et puisqu'il sera évidemment question de notre filière universitaire, un chef de clinique universitaire de médecine générale fera également partie de la commission.

Cela faisait plusieurs mois que nous attendions impatiemment l'avènement de cette commission qui, malgré nos demandes réitérées, tardait inexplicablement à s'établir.

Bien sûr, toutes les spécialités sont concernées par les travaux de la commission mais la médecine générale devrait faire l'objet des premières discussions.

"Un seul objectif visé : l'amélioration de la qualité de notre formation"

Il sera évidemment question de la réforme de notre DES et des propositions formulées par l'ISNAR-IMG. Dans l'attente de voir notre cursus s'allonger d'un an pour assurer une formation réellement professionnalisante aux médecins généralistes de

demain, les travaux de la commission devraient permettre d'optimiser notre maquette actuelle. Parmi les nombreuses requêtes de l'ISNAR-IMG, figurent en tête de liste : le choix pour l'interne, au regard de son projet professionnel, de réaliser ou non un semestre au CHU, la suppression du caractère obligatoirement hospitalier de notre stage libre et donc la possibilité d'effectuer un troisième semestre en ambulatoire, la diversification des terrains de stage ambulatoires (autres professionnels de santé, HAD¹, SOS Médecins, centres de santé...) et la formation à la permanence des soins ambulatoire.

La commission devrait se réunir pour la première fois d'ici quelques semaines. Souhaitons que chacun se mette rapidement au travail et que les avancées soient effectives, dans l'espoir de voir se concrétiser une formation médicale initiale de qualité, en adéquation avec les projets professionnels de chacun d'entre nous.

... À suivre !

Charlotte PERRENOT,
Chargée de Mission Villes du Nord
de l'ISNAR-IMG

¹ Hospitalisation A Domicile



REIMS 2009 : Le bilan

Le 10^{ème} Congrès National des Internes de Médecine Générale, organisé par l'ISNAR-IMG et l'AIMEG-Reims¹, au Centre des Congrès de Reims les 23 et 24 janvier 2009, a réuni comme chaque année des centaines d'internes venus de toute la France pour débattre sur les sujets d'actualité.

L'aventure commence en janvier 2008 : l'AIMEG-Reims est alors candidate pour organiser le 10^{ème} Congrès. Il a fallu montrer que les infrastructures de Reims pouvaient accueillir 800 congressistes et que l'équipe de l'AIMEG-Reims était suffisamment motivée et dynamique pour assumer la préparation d'un tel évènement.

Avril 2008, Reims est élue ville organisatrice de la 10^{ème} édition du Congrès National de l'ISNAR-IMG. Tout ou presque était à faire : notre petite structure locale avait devant elle 9 mois, et un véritable défi à relever.

Le contact avec l'équipe de Reims Evénement du Centre des congrès fut immédiatement très bon et cela nous a rassurés.

Première étape : l'hébergement. Trois nuits pour 800 personnes, ce n'est pas moins de 11 hôtels du centre ville de Reims à réserver. Ce fut ensuite le traiteur, les partenaires, le Welcome Pack, la soirée de Gala...

Et pendant que la logistique avançait, le contenu du congrès progressait, avec la volonté pour l'ISNAR-IMG de poursuivre les réflexions entamées lors du 9^{ème} Congrès, et ce dans une actualité brûlante : celle de la réorganisation du système de santé et notamment de l'offre de soins primaires.

Après une ultime semaine de préparation intensive, le jour J est arrivé.

Les intervenants avaient répondu présent, et vous, vous étiez aux portes de la ville...

Il ne restait plus qu'à concrétiser ces longs mois de préparation et tout faire pour que ce rendez-vous soit à la hauteur de vos espérances.



Le vendredi 23 janvier le congrès s'est ouvert dans la salle royale : **plus de 750 congressistes**, la Ministre de la Santé et des Sports, le Vice Président de région, le Premier Adjoint au Maire, de nombreux politiques et institutionnels.

La journée fut ensuite consacrée aux débats, autour d'une table ronde et de quatre ateliers dont la diversité des thèmes témoigne de l'ampleur de la tâche qu'il reste à accomplir. Du statut de l'interne à son exercice, en passant par sa formation, chaque débat fut source d'échanges fructueux. L'expertise des intervenants, que nous remercions chaleureusement pour leur participation, a permis d'enrichir les discussions et de faire avancer les réflexions.

Pour ce 10^{ème} anniversaire, nous avons choisi d'inaugurer une nouvelle formule, sur trois demi-journées, afin d'aménager davantage de temps libre. C'est ainsi que nous avons pu proposer aux congressistes, à l'heure du déjeuner, deux symposiums. En fin d'après midi, les cafés débats organisés par FAYR GP² et ReAGJIR³ ont connu un franc succès.

Après cette journée studieuse, la soirée de Gala fut l'occasion de se retrouver dans une ambiance festive. Le Prix Alexandre Varney a cette année encore récompensé un travail original et ambitieux : un guide destiné aux jeunes

chercheurs en soins primaires, réalisé par Paul FRAPPE.

Alors que le champagne coulait à flots, la soirée dansante a permis de se détendre, voire, pour certains, de se défouler ! Un grand merci à la fanfare et à Monsieur MATHIEU le pâtissier, maître d'œuvre du splendide gâteau d'anniversaire, confectionné pour 800 personnes. Défi magistralement relevé !



Le lendemain avait lieu le dernier débat du Congrès sur le thème des coopérations. Vous y avez participé avec autant de professionnalisme et d'enthousiasme que la veille.

Ces deux jours ont permis à plus de 700 d'entre vous d'échanger sur les thèmes qui font notre quotidien d'interne et notre exercice futur. **C'est ainsi, à force de réflexions, d'échanges et de propositions, que nous construirons la médecine générale de demain.**

Ce Congrès a mis 9 mois pour voir le jour... Un beau bébé grâce à vous, à votre présence, vos interventions au cours des débats et votre non moins active participation à la soirée de Gala. Souhaitons-lui une fratrie nombreuse ! Les heureux parents vont bien et vous remercient.

Lucie MELIN,
Chargée de Mission Villes du Sud
de l'ISNAR-IMG
Chargée de Mission Organisation
du 10^{ème} Congrès

¹ Association des Internes de Médecine Générale de Reims

² French Association of Young Researchers in General Practice

³ Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

TABLE RONDE 1

Quatre années pour un DES de qualité

La première table ronde du congrès portait sur les évolutions du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale.

Ce DES, actuellement structuré en trois ans, a vocation de permettre à chaque médecin généraliste de débiter son activité professionnelle avec les connaissances, et surtout les compétences, nécessaires à un exercice efficace et serein.

Les évolutions du métier s'accroissent, les modalités d'exercice sont variées, et la maquette reste rigide et inchangée...

Apparaît donc la nécessité de réformer la formation initiale et l'ISNAR-IMG propose, au regard d'une enquête nationale menée en novembre 2007, une maquette professionnalisante en quatre ans.



Il ressort des débats certains freins tels que le financement, ou encore le nombre insuffisant de maîtres de stage ambulatoires.

En revanche, chacun des intervenants présents a appelé de ses vœux la mise en place, à plus ou moins long terme, de cette formation en quatre ans.

Les avantages soulignés sont multiples : valorisation de la médecine générale, amélioration de la formation, projets professionnels avec une place ménagée aux formations complémentaires, incita-

tion à l'installation par une meilleure connaissance du métier, ...

Notre formation initiale demande à être réformée, dans une optique précise : une réelle professionnalisation. La notion de projet professionnel est un élément incontournable. C'est ainsi que sont orientées les propositions de l'ISNAR-IMG : un socle commun de formation aux soins primaires mais à chaque interne son souhait d'exercice et donc son cursus. Chacun peut d'ores et déjà être acteur de sa formation et élaborer, dans les limites de la maquette actuelle, son projet professionnel, pour son plus grand bénéfice.

Bastien BALOUET,
Porte Parole de l'ISNAR-IMG

ATELIER 1

Médecin usurpé ? Étudiant affranchi ? Salarié incertain ? Interne, qui es-tu ?

Les discussions au cours de cet atelier ont révélé (quelle surprise !) le flou déroutant de nos statuts.

L'interne est à la fois étudiant et professionnel, n'exerçant que « sous la responsabilité du praticien dont il relève »¹ mais devant assurer « la continuité et le bon fonctionnement du service »². Difficile au regard de ces contradictions de définir précisément son rôle...

Par ailleurs, l'interne n'est pas salarié et ne dispose pas d'un contrat de travail. Il effectue cependant un temps complet de onze demi-journées par semaine, mais sans aucune limite horaire... Ce qui en fait le seul métier sans volume horaire défini.

La responsabilité de l'interne quant à elle est bien réelle, et surtout engagée au

pénal. Elle ne porte pas sur une obligation de résultats mais sur une obligation de moyens.



L'idée d'une prise de responsabilités plus échelonnée au long du cursus fut évoquée mais l'accent fut également mis sur le risque de perte d'autonomie, car c'est par la pratique que l'on se perfectionne.

Enfin, il ressort des discussions de cet atelier que le praticien en charge de l'interne doit établir un contrat moral

avec lui, assurant un réel compagnonnage. Si ce contrat est rompu, l'interne doit savoir qu'il a la possibilité, via sa structure représentative régionale, d'émettre un avis sur l'agrément d'un terrain de stage.

Forts de ces réflexions, il apparaît urgent de clarifier nos statuts sous deux aspects prioritaires : le volume horaire travaillé et la définition explicite des missions de l'interne et de ses responsabilités.

L'ISNAR-IMG poursuivra donc dans ce sens les travaux sur ce dossier et formulera à nos Ministères de tutelle des propositions concrètes avant la fin de l'année universitaire.

Delphine SECRET-POULIQUEN,
Vice Présidente de l'ISNAR-IMG

¹ Article 3 du Décret n°99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie

² Article 6 du Décret n°99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie



ATELIER 2

La formation : un pont entre les générations

Notre formation n'est pas un élément figé. Elle tire sa dynamique de la relation humaine entre un interne et son maître de stage, qu'il soit hospitalier ou ambulatoire. Le maître de stage apporte connaissances, expérience, passion du métier... L'interne arrive avec ses aspirations professionnelles, ses connaissances récentes et souvent une approche différente de l'exercice. Sa présence incite son aîné à la rigueur et à la patience.

Bien sûr, cette relation doit faire face à certains obstacles. Le manque de temps, l'impression d'omniscience de l'un ou de l'autre, les affinités variables peuvent peser lourdement

sur la qualité des échanges. Il existe parfois un véritable choc des générations.



Le pont relationnel entre les futurs médecins que nous sommes et nos aînés s'appuie sur une identification mutuelle, gage d'une communication de meilleure qualité. De ces échanges résultent l'acquisition et le perfectionnement du savoir (connaissances théoriques et leur mise à jour), du savoir faire (mise en

application) et du savoir être (art de la relation médecin-patient).

Les échanges sont d'autant plus riches qu'ils sont à double sens. Ils assurent bien sûr la qualité de notre formation mais permettent aussi une continuité harmonieuse entre générations.

Pour magnifier cette relation et ses bénéfices, les enseignants doivent y être formés. De notre côté, nous devons être acteurs de ces échanges, et faire part à nos maîtres de stage de nos attentes.

Marion CHAUVET,
Trésorière Adjointe de l'ISNAR-IMG

ATELIER 3

Des compétences de référence pour un métier spécifique

De multiples référentiels de compétences pour la médecine générale ont vu le jour ces dernières années, mais aucun ne fait consensus.

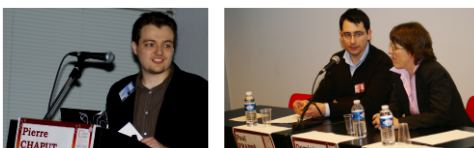
Le projet de loi HPST prévoit d'inscrire les missions du médecin généraliste dans le Code de la Santé Publique.

C'est dans ce contexte qu'une mission ministérielle chargée de la rédaction d'un référentiel compétences pour la médecine générale a vu le jour.

De nombreux représentants de la profession ont participé à sa rédaction : les sociétés savantes de médecine générale, les branches de FMC des syndicats professionnels, un Chef de Clinique de médecine générale et l'ISNAR-IMG.

Au cours de l'atelier, nous avons analysé ce que la définition des compétences du médecin généraliste apportait à notre profession et plus particulièrement à nous, internes.

Nous avons pu ainsi apprécier la potentielle portée de l'élaboration d'un tel référentiel et ses principaux intérêts, tant pour notre formation que pour l'identité de notre profession.



Définir les compétences c'est déterminer les moyens d'accomplir au mieux nos missions. C'est là la vocation première de ce référentiel. Mais son champ d'application est

bien plus vaste. Il peut être utilisé dans le cadre des bilans de compétences, de la formation médicale continue, de l'évaluation des pratiques professionnelles et pour nous, internes, il constitue un outil pour notre formation initiale et pour la certification.

Enfin, il servira de base commune facilitant les échanges avec les politiques et les institutionnels : la plupart de nos interlocuteurs n'ont pas d'idée précise du métier de généraliste, et ces derniers définissent difficilement leur travail.

Pierre CHAPUT,
Responsable Partenariats
de l'ISNAR-IMG

ATELIER 4

Se former à l'humanitaire pendant l'internat : Pourquoi ? Comment ?



Il fut question lors de cet atelier de l'apport d'un stage en médecine humanitaire, en France ou à l'étranger, effectué pendant l'internat de médecine générale.

L'éclairage des intervenants a permis de répondre aux grandes interrogations que suscite la réalisation d'une telle expérience.



Il apparaît que ce stage est source d'un enrichissement à la fois personnel et professionnel. Il permet la confrontation à une médecine incon-

nue, à une prise en charge avec des moyens restreints. C'est aussi l'opportunité de découvrir ses propres limites.

Bien sûr la réalisation d'un tel stage est précédée d'une étape de sélection par l'organisme responsable. Sur le terrain les difficultés sont réelles. L'expérience et la motivation des candidats sont donc primordiales. Un certain bagage personnel et médical minimum est souhaitable. Une fois retenus, les candidats bénéficient d'une formation intensive en France, avant d'intégrer une équipe humanitaire sur place.

Les nombreuses caractéristiques communes à la médecine humanitaire et aux soins primaires (prise en

charge globale, médico-sociale et coordonnée, adaptée aux données épidémiologiques), explique que ce type de stage puisse constituer une opportunité d'acquérir des compétences spécifiques à l'exercice de la médecine générale.

Hormis l'aventure et l'enrichissement personnel qu'un stage en médecine humanitaire peut représenter, une telle expérience est formatrice, à condition cependant que les objectifs pédagogiques soient préalablement fixés et qu'il existe un réel encadrement sur place.

Andrea POPPELIER,
Responsable Relations Internationales
de l'ISNAR-IMG

TABLE RONDE 2

Des professionnels de santé coopérant pour un système cohérent

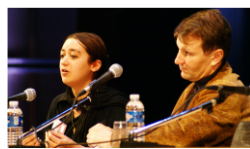
Le dernier débat du congrès portait sur les évolutions de notre exercice.

Alors que la demande de soins augmente, le nombre de médecins diminue. Simultanément, les aspirations des jeunes professionnels de santé évoluent et les pratiques se modifient au sein de la nouvelle génération.

Cette double composante, démographique et générationnelle, impose de repenser notre exercice.

La coopération, c'est à dire l'action de se réunir autour d'une même mission, existe déjà : à l'hôpital bien sûr (avec une hiérarchisation) mais aussi en ambulatoire, de façon plus ou moins « réglementaire », via le transfert de tâches et la délégation de compétences.

La comparaison avec l'organisation des soins au Canada et en Angleterre fait apparaître différents freins dans le système de santé français.

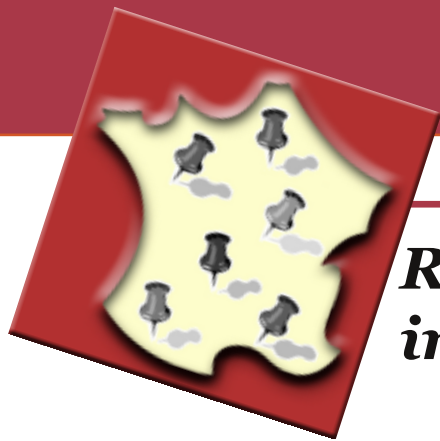


Tout d'abord, les textes législatifs et déontologiques n'autorisent que des expérimentations de coopérations. Les mentalités devront nécessairement évoluer et les missions de chaque profession être clairement définies : seule une connaissance des champs de compétences de chacun permettra aux professionnels de se réunir autour de projets de soins communs, centrés sur la prise en charge des patients.

L'éloignement des professionnels constitue un frein évident au développement des coopérations. Les structures de soins pluridisciplinaires pourraient y apporter une réponse concrète. Se pose également la question du mode de rémunération : le paiement à l'acte n'est pas adapté à une prise en charge globale et coordonnée.

Il revient aux futurs professionnels que nous sommes de prendre la barre de l'évolution du système, en changeant le cap des pratiques. La loi HPST nous offre cette opportunité, à nous de la saisir.

Jacques Olivier DAUBERTON,
Secrétaire Général de l'ISNAR-IMG



Rencontre internationale entre internes de médecine générale

J'ai eu l'honneur de représenter les internes de médecine générale français lors du programme d'échange européen, organisé par la LOVAH¹ en janvier 2009 aux Pays-Bas.

La LOVAH est l'association nationale représentative des « internes de médecine générale » hollandais (l'équivalent de l'ISNAR-IMG). Elle représente plus de 1400 futurs médecins généralistes.

Ce programme d'échange m'a permis de rencontrer de nombreux IMG hollandais ainsi que 37 représentants d'IMG provenant de 18 pays européens.

Le premier jour fut consacré à la découverte de la formation universitaire des IMG hollandais. J'ai assisté à un cours de dermatologie. Aux Pays-Bas, les médecins généralistes ont l'habitude de demander des avis dermatologiques via internet en adressant des photographies. J'ai ensuite participé à une discussion sur la communication médecin-patient, par le biais de l'étude d'une consultation filmée.

La formation des IMG hollandais dure 3 ans, après 6 ans de tronc commun. La durée du cursus est donc équivalente à la notre mais son contenu diffère. Deux des trois années de spécialisation sont consacrées à la pratique de la médecine générale en milieu ambulatoire et une seule est effectuée à l'hôpital. Un jour par semaine est consacré à l'enseignement théorique par le biais de cours ou de discussions autour de cas pratiques, entre internes et professeurs.

Le deuxième jour, j'ai assisté à des consultations de médecine générale en binôme avec une interne hollandaise.

Ce fut très instructif sur l'organisation du système de soins hollandais. Celui-ci repose sur la notion de Médecin Généraliste/Médecin de Famille, qui doit être consulté en premier recours avant toute orientation, si nécessaire, vers une consultation spécialisée à l'hôpital. Il n'y a pas d'autres spécialistes que les médecins généralistes installés en secteur ambulatoire.

Aux Pays-Bas, on compte environ 8200 médecins généralistes pour 16 millions d'habitants. L'accès au médecin traitant est permanent et « gratuit ». Le médecin est rémunéré par l'état 50 euros par an et par patient dont il est le médecin référent. Les assurances privées des patients règlent en plus au médecin 9 euros par consultation. Beaucoup de consultations ne donnent pas lieu à une prescription médicamenteuse et les patients peuvent bénéficier de consultations téléphoniques. Dans le cabinet où j'étais reçue, exerçait aussi une assistante chargée de l'éducation thérapeutique des patients diabétiques ou asthmatiques.

"Dans la plupart des pays européens, l'internat de médecine générale (ou son équivalent) dure 4 ans"

Le troisième jour fut consacré au congrès national de la LOVAH, réunissant plus de 850 IMG. Nous avons pu assister et participer à des ateliers de travail en anglais et des débats sur les différentes façons d'exercer la médecine générale et de

former les médecins généralistes à travers l'Europe.

J'ai noté différents points intéressants dans l'organisation de la formation des médecins généralistes en Europe.

Dans la plupart des pays européens, l'internat de médecine générale (ou son équivalent) dure 4 ans au cours desquels une grande partie du temps est consacrée à la pratique en secteur ambulatoire.

Pour tous, la communication apparaît être un point fondamental de notre pratique.

La recherche dans le secteur des soins primaires se développe de plus en plus, à des rythmes différents dans chaque pays. Le mouvement Vasco de Gama (réunion d'IMG européens) révèle l'implication croissante des jeunes médecins généralistes dans l'évolution de leur profession et sa reconnaissance à travers le monde.

Cet échange fut donc pour moi une expérience personnelle et professionnelle très enrichissante. Nous avons à apprendre les uns des autres et à travers ces rencontres internationales nous pouvons étendre nos horizons de réflexions et nos perspectives de travail dans le but de promouvoir la médecine générale. Des échanges européens sont maintenant possibles pour les IMG (par le biais du programme Hypokrate notamment). N'hésitez pas à en profiter !

Gwénaëlle HUET,
Interne de Médecine Générale
5^{ème} semestre,
Membre de l'AIMGER²

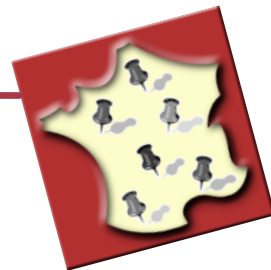
¹ Landelijke Organisatie Van Aspirant Huisartsen

² Association des Internes de Médecine Générale de Rennes

Clermont s'engage !

« Les internes disposent du droit de grève »

« La permanence des soins doit être assurée »



Après la forte mobilisation des internes en octobre 2007, il paraissait nécessaire d'établir une convention afin que ces deux points soient respectés.

Le Directeur des Affaires Médicales du CHU de Clermont-Ferrand a sollicité les syndicats d'internes de médecine générale (le SARHA¹) et des autres spécialités (le SAIEHCF²) pour établir un projet de convention locale puisque le document de propositions rédigé par l'ISNAR-IMG³, et remis en janvier 2008 aux instances nationales, n'a pas eu de réponse gouvernementale.

Le SARHA et le SAIEHCF ont donc participé conjointement et activement à l'élaboration d'un projet intitulé « Organisation médicale en cas de grève des internes et/ou FFI au CHU de Clermont-Ferrand », en collaboration avec les différents acteurs du dispositif (la Direction des Affaires Médicales, la Commission d'Organisation de la Permanence des Soins (COPS), le Directeur du CHU, les chefs de service et responsables de pôle et les secrétariats des services d'affectation des internes).

Ainsi chaque partie serait tenue de contribuer au bon déroulement des soins en cas de grève, par le respect de la présente convention.

" Juste équilibre
entre respect du droit
de grève des internes
et prise en charge
des patients "

La permanence des soins pourra être garantie par une réduction des activités hospitalières programmées au bénéfice d'une redistribution adéquate du temps médical (activités de service, gardes et astreintes).

L'organisation sera centrée sur le maintien de l'accueil des patients non programmés, la permanence des soins et le respect du droit de grève. Les internes grévistes ne pourront être assignés qu'en cas d'absolue nécessité, c'est-à-dire après mise à contribution des praticiens hospitaliers et des internes non grévistes. Notons que les internes en stage ambulatoire ne pourront en aucun cas pallier à un déficit de personnels hospitaliers.

Dans le cadre du respect du droit de grève, cette convention ne pourra pas s'appliquer aux mouvements de grève ponctuels et l'assignation des internes pour participer au service médical minimum ne sera autorisée que pour une durée de grève excédant 7 jours.

La réalisation de ce projet sans précédent est passée par différentes étapes de documentation, rédaction, concertation et discussion. Mais il reste à le soumettre à la COPS pour validation, et enfin à procéder à la signature par toutes les parties prenantes.

Alors le juste équilibre entre respect du droit de grève des internes et prise en charge des patients pourra être assuré au CHU de Clermont-Ferrand.

Florence BARRIERE,
Secrétaire du SARHA.

Stéphanie MALIGE,
Adhérente du SARHA.

¹ Syndicat Autonome et Représentatif des internes des Hôpitaux d'Auvergne, adhérent à l'ISNAR-IMG

² Syndicat des internes en Exercice des Hôpitaux de Clermont-Ferrand, adhérent à l'ISNIH

³ Organisation des terrains de stage en cas de grève des internes de médecine – Propositions de l'ISNAR-IMG – Janvier 2008 (www.isnar-img.com)

Pour obtenir à titre informatif le projet de convention avec le CHU de Clermont-Ferrand ou des informations : contactez par courriel Florence BARRIERE, secrétaire du SARHA : florencebarriere@yahoo.fr.



QUESTION D'INTERNES

SASPAS

« Peut-on réaliser deux SASPAS¹ ? »

Actuellement la maquette du Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale est régie par l'Arrêté du 22 septembre 2004² et son Annexe V.

Cette maquette comporte six semestres dont trois obligatoires dans des services hospitaliers agréés pour la médecine générale (médecine adulte polyvalente, urgences et gynécologie ou pédiatrie). Les autres semestres sont : un semestre libre dans un département ou service hospitalier agréé, un semestre auprès de praticiens généralistes agréés, et un semestre selon le projet professionnel de l'interne, en dernière année d'internat, éventuellement sous la forme d'un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS).

Il est donc très difficile de réaliser deux SASPAS avec cette maquette.

Tout d'abord, le stage chez le praticien, obligatoire à la validation du DES, ne peut pas être un SASPAS puisque celui-ci ne peut être effectué que dans le cadre du semestre professionnalisant.

Ensuite, le principal frein à la réalisation de deux SASPAS au cours de la dernière année d'internat est le caractère « hospitalier » du semestre libre. Certaines facultés acceptent cependant de valider un deuxième SASPAS faisant alors office de stage libre mais cette procédure n'est pas strictement réglementaire.

L'ISNAR-IMG fait du dossier formation de l'interne une priorité. Les propositions d'évolutions du DES en quatre ans ont été transmises à nos Ministères de Tutelle. Le contexte budgétaire constitue le principal argument du report de cette réforme. L'ISNAR-IMG travaille donc actuellement à l'optimisation de notre maquette en trois ans afin d'assurer aux internes de médecine générale la meilleure formation possible. La suppression du terme « hospitalier » dans la définition du stage libre constitue bien sûr l'une de nos principales requêtes. Cela permettrait en effet de réaliser jusqu'à trois semestres dans notre spécialité. La mise en place de la Commission Nationale de l'Internat et du Post Internat³ devrait nous permettre d'avancer concrètement sur cette question.

Julien SECRET,
Trésorier de l'ISNAR-IMG

¹ Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (appelé Stage praticien de niveau 2 ou SUMGA dans certaines facultés)

² Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine

³ Voir article page 5



Bulletin bimestriel, gratuit
Rédacteur en chef : **Laurent DIGABEL**
Contact : publication@isnar-img.com – Tél. 04 78 60 01 47
Imprimerie : **Aprime, 69100 Villeurbanne**

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



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

