

# L'ANTIDOTE



LE JOURNAL DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

www.isnar-img.com - bimestriel gratuit - numéro 7 - mai / juin 2009

## À LA LOUPE

Statut de l'interne :  
de l'arrêt sur image  
à l'avance rapide

## Ici ou ailleurs

Le tutorat à la grenobloise,  
par les internes

Des urgences séniorisées  
à Saint Etienne, enfin !

## Médecine et Société

~ Hôpital, Patients, Santé, Territoires ~  
La loi "HPST" en questions

~ Enseignement théorique et certification ~  
Certifié ou non, telle est la question





Nous y voilà : la médecine générale entame son chantier. Le projet de loi de réforme de la santé (« Hôpital, Patients, Santé, Territoires ») est maintenant adopté. Il s'agit incontestablement d'un texte historique, ne serait-ce que par l'inscription des missions du médecin généraliste dans le Code de la Santé Publique. Ce projet de loi constitue le cadre de notre exercice de demain. A la nouvelle génération de se l'approprier et de le traduire, sur le terrain, au regard de nos ambitions. Une mention spéciale aux membres des structures régionales vous représentant au quotidien, qui ont au cours de ces derniers mois œuvré sans relâche à l'aboutissement de ce texte.

Bien sûr, l'ISNAR-IMG n'en oublie pas ses missions premières, et c'est aussi le statut de l'interne qu'elle s'apprête à refondre. Un quotidien amélioré, des conditions de travail dignes de ce nom, assurant respect des droits fondamentaux et qualité de formation. Ce dossier fait ses premiers pas et la route s'annonce longue tant les réformes sont nombreuses. Mais la persévérance devrait permettre d'atteindre cet objectif primordial.

Il s'agit aussi de rénover notre formation. La maquette du DES devrait évoluer dans les mois à venir et les critères de validation du DES s'harmoniser entre les facultés.

Les portes s'ouvrent, à nous de saisir au vol ces opportunités et d'engouffrer la médecine générale vers l'excellence. C'est au prix de ces chantiers que nous assurerons une formation de qualité, un statut qui réponde à nos attentes et une médecine générale qui nous ressemble : dynamique et ambitieuse !

## SOMMAIRE

**Éditorial**.....p. 2



### Médecine et Société

*Enseignement théorique et certification : Certifié ou non, telle est la question*.....p. 3  
*"Hôpital, Patients, Santé, Territoires" : La loi "HPST" en questions*.....p. 4

### À la loupe

*Statut de l'interne : de l'arrêt sur image à l'avance rapide*.....p. 6  
*Le droit de grève*.....p. 6  
*Interne enceinte*.....p. 7  
*Interne chargé de famille*.....p. 7  
*Prévoyance - Maladie - Handicap*.....p. 8  
*Horaires - Rémunération - Responsabilité*.....p. 9



### Ici ou ailleurs

*Le tutorat à la grenobloise, par les internes*.....p. 10  
*Des urgences séniorisées à Saint Etienne, enfin !*.....p. 11

### Question d'internes

*Accès au DESC de gériatrie*.....p. 12





## ENSEIGNEMENT THÉORIQUE ET CERTIFICATION

### Certifié ou non, telle est la question

**D**epuis 2004, les futurs médecins généralistes sont formés en vue d'obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale. Pour cela, chaque interne doit valider la maquette réglementaire de stages pratiques, les éléments de formation théorique propres à chaque faculté ainsi que des examens ou des travaux de fin de Troisième Cycle des Etudes Médicales (TCEM). Mais à y regarder de plus près, des différences majeures existent d'une faculté à l'autre...

La réalisation d'une maquette de stages précise est obligatoire. Ce versant pratique de notre formation en soins primaires a fait l'objet d'une enquête nationale en novembre 2007, permettant à l'ISNAR-IMG de formuler des propositions d'amélioration de cette dernière, prenant ainsi en compte l'avis et les attentes des principaux concernés : les futurs généralistes.

L'enseignement théorique quant à lui comprend réglementairement 200 heures au cours du DES et son contenu est fixé par arrêté. La forme de cet enseignement est laissée à l'initiative des facultés (cours magistraux, séminaires, autoenseignement, etc...).

Soucieuse d'améliorer également ce versant de la formation, l'ISNAR-IMG lance une évaluation des modalités d'enseignement théorique, au moyen d'une nouvelle enquête nationale.

Son principe s'inspire d'une étude pilote effectuée à Poitiers au cours de l'été 2008. Un échantillon représentatif d'internes de médecine générale a été tiré au sort ; certains d'entre vous recevront donc prochainement un questionnaire sur ce thème. N'hésitez pas à y répondre avec franchise : cette enquête est anonyme.

Un autre modèle de questionnaire sera envoyé à l'ensemble des Départements Universitaires de Médecine Générale (DUMG), afin de croiser les résultats du ressenti des internes et du point de vue des enseignants.

L'objectif est ici de fournir aux structures locales représentatives des internes de médecine générale les outils leur permettant d'initier un travail commun avec les DUMG, visant à optimiser la forme de l'enseignement théorique dispensé.

De ces deux versants (pratique et théorique) de notre formation, découlent les modalités de validation du DES, appelée **certification**.

Comme pour l'enseignement théorique, les DUMG sont libres de choisir ces modes de validation. Nous avons tous le même diplôme, mais selon des critères variant parfois considérablement d'une faculté à l'autre (de la simple présence obligatoire en cours, à un véritable examen de fin de troisième cycle).

**"L'objectif est de fournir des outils visant à optimiser la forme de l'enseignement théorique dispensé"**

La question de la certification est un sujet brûlant de l'actualité : comment attester des compétences des professionnels ? L'ISNAR-IMG se saisit donc de cette question qui concerne directement les généralistes de demain.

Cette notion de certification initiale, à la fin du DES, ouvre par ailleurs des perspectives de re-certification tout au long de l'exercice, vérifiant ainsi la mise à jour effective des connaissances du médecin.

La deuxième partie de l'enquête vise donc à recenser les différents modes de validation du DES, à évaluer leur pertinence, les attentes des internes de médecine générale, mais aussi l'opinion des DUMG.

Cette enquête nationale est la troisième réalisée par l'ISNAR-IMG en moins de deux ans, après la question de la formation pratique et celle du statut de l'interne.

L'objectif est là encore de formuler des propositions nationales au regard de vos attentes. Elles porteront cette fois sur l'harmonisation des critères de certification.

**Il s'agit donc à nouveau, d'une enquête réalisée pour et par vous.** Nous vous remercions par avance pour votre précieuse participation et vous donnons rendez-vous dans quelques mois pour les résultats !

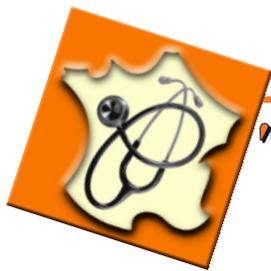
#### En bref :

La nouvelle enquête nationale lancée par l'ISNAR-IMG vise deux objectifs :

► **Sur le plan local** : constituer un outil permettant à vos structures locales d'appuyer vos demandes d'amélioration des modes d'enseignement théorique auprès de votre DUMG.

► **Sur le plan national** : recenser vos attentes et formuler des propositions de validation homogène du DES de médecine générale, sur l'ensemble du territoire.

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



# "HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ, TERRITOIRES"

## La loi "HPST" en questions

**A**dopté par l'Assemblée Nationale le 18 mars, le projet de loi « *Hôpital, Patients, Santé, Territoires* » (HPST) vient de passer l'étape du Sénat ce vendredi 5 juin. Une date historique, pour un texte qui marquera la médecine générale de demain.

Cette loi vise à réorganiser notre système de soins, à le moderniser, le rénover, pour un double objectif : assurer une offre de soins de qualité sur l'ensemble du territoire et répondre aux aspirations de la nouvelle génération de médecins. Un virage attendu, dont l'histoire remonte au mouvement de grève de l'automne 2007.

Les internes s'étaient alors mobilisés en masse pour lutter contre la mesure inepte de régulation de la répartition des médecins qu'était le conventionnement sélectif.

Ce mouvement a suscité une prise de conscience générale de la nécessité de réorganiser en profondeur notre système. C'est ainsi qu'ont été mis en place les Etats Généraux de l'Organisation de la Santé (EGéOS), rassemblant pendant plusieurs mois tous les acteurs de notre système de soins. De cette concertation historique ont émané des conclusions consensuelles. Objectif visé : parvenir à une réorganisation efficace du système de soins français, attractif pour les futurs médecins.

C'est de ces conclusions que sont issus les éléments relatifs à l'offre de soins ambulatoire du projet de loi HPST.

*Si l'on devait traduire la loi HPST en un seul mot ?*

### ► Organisation

Le constat est criant : les soins de ville sont tout sauf organisés, le lien ville-hôpital relève de la fiction, les données sanitaires sont inexistantes, l'installation s'apparente au parcours du combattant,...

Alors, l'efficacité fait défaut et cette absence totale de lisibilité ne concourt pas, loin de là, à l'attractivité de l'exercice ambulatoire.

Il s'agit donc d'une loi organisationnelle, qui vise à structurer de façon pertinente, sur le terrain, notre système de soins. Elle comporte quatre volets : le titre I sur l'hôpital, le titre II sur les soins ambulatoires, le titre III sur la prévention et le titre IV sur les Agences Régionales de Santé (ARS). En pratique, les parties importantes pour notre avenir de futurs médecins généralistes sont les titres II et IV.

*La loi HPST joue-t-elle sur notre liberté d'installation ?*

### ► Non.

La crainte véhiculée à ce sujet vient de la création des Schémas Régionaux de l'Organisation des Soins (SROS), voués à proposer une organisation des soins ambulatoires à l'échelle régionale.

Mais il est partout précisé que les conclusions de ces SROS ne seront que des recommandations, et pas des obligations. En pratique : il s'agit de recueillir l'ensemble des données sanitaires du territoire, et de permettre ainsi (et enfin...) d'élaborer des politiques de santé territoriales adaptées aux besoins et aux spécificités de terrain.

## Que sont les Agences Régionales de Santé ?

Il s'agit de structures administratives qui ont pour but d'organiser les soins, ambulatoires et hospitaliers.

Il y en aura une par région. Elles remplaceront les actuelles Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et rassembleront l'ensemble



des acteurs du système de soins régional, assurant ainsi la mise en place de mesures coordonnées, adaptées aux besoins de la population mais aussi aux attentes des professionnels.

Une de leurs prérogatives sera l'élaboration des fameux schémas régionaux de l'organisation des soins.

Elles permettront également de regrouper l'ensemble des interlocuteurs de l'installation, centralisant ainsi les démarches sous la forme d'un guichet unique.

## Que sont les Contrats Santé Solidarité ?

Ces contrats pourront être proposés aux médecins, dans un délai de cinq ans, si un déficit de l'offre de soins est constaté dans certaines zones de la région.

Les médecins exerçant en zone dite « sur-dotée » devront alors prêter main forte à leurs confrères des zones dites « sous dotées »,

sous une forme ou une autre (vacations, participation à la permanence des soins, régulation des appels téléphoniques).

Les médecins pourront aussi choisir de s'acquitter d'une contribution financière servant à financer les mesures incitatives à l'installation en zone sous-dotée. Cette mesure relève du principe de solidarité entre professionnels, et vise à répondre aux besoins qui persisteraient malgré la mise en place du panel de mesures prévues par la loi.

## Et la formation des internes de médecine générale ?

La loi HPST ouvre la voie à certaines mesures nous concernant directement : réforme des DESC pour faciliter leur accès, pendant le DES mais aussi en cours d'exercice, prévision des effectifs d'internes sur cinq ans assurant une meilleure répartition,...

Mais surtout, un article inscrit dans la loi la nécessaire montée en puissance de la Filière Universitaire de Médecine Générale. Le nombre minimum de personnels universitaires (chefs de clinique, maîtres de conférence et professeurs de médecine générale) à atteindre dans les quatre ans est fixé.

En bref : la médecine générale est au centre des préoccupations politiques. Notre formation n'en sortira que plus performante.

## Que va changer la loi dans notre exercice ?

Elle permettra la mise en place sur le terrain d'un exercice organisé, améliorant la prise en charge des patients, et simplifiant notre activité quotidienne.

La loi prévoit la mise en place de coopérations entre professionnels, permettant une prise en charge globale, pluridisciplinaire, adaptée au suivi des pathologies chroniques.

Il s'agit également de centraliser, au sein du guichet unique, l'ensemble des mesures incitatives destinées à favoriser l'installation des jeunes professionnels.

La création de maisons de santé pluridisciplinaires sera facilitée, et des financements spécifiques attribués. Les politiques ont manifestement entendu les attentes de la nouvelle génération en matière de regroupement des professionnels de santé.

Cette loi constitue une ouverture, un cadre, pour notre exercice : organisé, régionalisé, source d'efficacité et donc d'attractivité. Mais ce n'est pour l'instant qu'un « bout de papier ». Il s'agit maintenant pour la nouvelle génération de s'emparer de cette réforme, de lui donner corps sur le terrain, de la dynamiser, au regard de nos aspirations.

Bastien BALOUET,  
Porte Parole de l'ISNAR-IMG



## STATUT DE L'INTERNE : De l'arrêt sur image à l'avance rapide

**D**epuis 2005, le statut de l'interne est défini dans le Code de la Santé Publique<sup>1</sup>. Ces articles sont un « copier-coller » du Décret du 10 novembre 1999, de ce fait abrogé. Cette suppression de texte aurait pu donner lieu à des améliorations mais ce ne fut absolument pas le cas. Notre statut se caractérise par des imprécisions, des contradictions et des carences, laissant le champ libre à l'interprétation et à des situations parfois aberrantes, pourtant réglementées pour tous les autres corps professionnels.

C'est dans ce contexte que **PISNAR-IMG a entamé la rédaction de plusieurs documents de propositions** visant à clarifier des éléments jusque là non cadrés et pourtant essentiels. Il s'agit également de formuler des propositions d'améliorations permettant d'assurer à chacun la possibilité de concilier formation, projets personnels et vie professionnelle. Enfin, un tel dossier ne serait pas abordé dans son intégralité s'il n'était pas question de nos conditions de travail.



Le statut de l'interne :  
des statuts à redéfinir

## Les propositions en passe d'aboutir

### Le droit de grève

#### Trouver l'équilibre entre revendication et service minimum

Certains d'entre vous s'en souviennent sûrement, le mouvement de grève d'octobre 2007 a révélé de graves dysfonctionnements sur l'application du droit de grève : assignations abusives, service minimum équivalent aux effectifs habituels, pression inadmissible des chefs de service... Seule fautive : une grave carence législative, puisque **notre droit de grève se résume à une circulaire et deux notes ministérielles, autant dire le néant.**

Les propositions de l'ISNAR-IMG posent de façon simple les droits et les devoirs des internes grévistes.

" l'interne  
gréviste ne doit pouvoir  
être assigné qu'après  
tout personnel médical  
non gréviste "

Afin de respecter son droit de grève, l'interne gréviste ne doit pouvoir être assigné qu'après tout personnel médical non gréviste, auquel il est fait appel en priorité. Néanmoins, en cas de grève prolongée, il est du devoir de l'interne, en sa qualité de soignant, d'assurer un service médi-

cal minimum, sans toutefois que celui-ci puisse être défini comme un service normal, comme on l'a trop souvent vu !

L'ISNAR-IMG propose donc que ce service minimum soit mis en place au-delà du septième jour franc de grève, avec la présence en journée du nombre d'internes habituellement présents lors du service de garde.

Le Ministère n'a, à ce jour, pas donné suite à nos propositions. Cependant, les initiatives locales commencent à fleurir car les

<sup>1</sup> Sixième partie, livre premier, titre V, Chapitre III, articles R.6153-1 à R.6153-45

Directions des Affaires Médicales ont tout autant souffert de cette non réglementation que les internes.

Les services administratifs des centres hospitaliers sont donc avides d'établir des conventions avec les

représentants des internes pour cadrer les choses.

C'est probablement grâce à la multiplication de ces initiatives locales que nous pourrions obtenir une législation nationale claire.

Les choses avancent et c'est à nous de nous montrer responsables.



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

## Interne enceinte

### Interne et grossesse : une réforme menée à terme ?

Autre situation donnant lieu à des pratiques hétéroclites : les choix de postes des internes enceintes. Actuellement les internes enceintes peuvent choisir un stage en surnombre, non validant pour la plupart, mais pas forcément, donnant lieu à un reclassement, ou non... La raison de ces disparités réside dans le fait que **le surnombre n'existe pas dans les textes réglementaires nationaux**. Devant l'augmentation du nombre d'internes concernées, il semblait indispensable

d'assurer enfin un statut légal au surnombre avec une possible validation, répondant aux critères habituels.

**" assurer enfin un statut légal au surnombre avec une possible validation "**

Ainsi, une interne enceinte aurait le choix entre un surnombre validant, à la condition qu'elle choisisse à son

rang de classement et qu'elle réalise quatre mois de stage, ou un surnombre non validant, qui lui permettrait d'accéder à tout terrain de stage.

Ces propositions ont reçu un accueil très favorable du Ministère de la Santé et des Sports, et pourraient bien trouver une traduction réglementaire plus rapide qu'on ne le pense !!!

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

## Les avancées à attendre

### Interne chargé de famille

#### Présent et avenir

Pour la plupart des professions il existe des droits particuliers pour les travailleurs ayant des enfants à charge : congé maternité, congé enfant malade, allaitement possible sur le lieu de travail... La liste n'est pas exhaustive.

#### Qu'en est-il pour les internes ?

Actuellement, seuls les congés de maternité, de paternité ou d'adoption sont possibles. Par ailleurs, un supplément financier est versé selon le nombre d'enfants à charge. Ce sont là les seuls droits spécifiques aux chargés de famille...

Alors, dans les terrains de stage, les choses s'organisent, par le biais d'arrangements entre internes. La situation est loin d'être idéale.

Le Conseil d'Administration de l'ISNAR-IMG a donc récemment validé un document de propositions, transmis à nos Ministères de tutelle, visant à améliorer le quotidien des internes qui font le choix d'avoir une vie de famille, mais aussi à faciliter l'organisation dans les terrains de stage, au bénéfice de tous.

Le premier point concerne les congés spécifiques. Il est proposé que les internes puissent bénéficier d'un congé pour enfant malade (3 jours par an, 5 jours si l'enfant a moins de 1 an) ainsi que d'un congé parental d'éducation (équivalent d'une mise en disponibilité, mais qui ne peut pas être refusé par l'administration). Par contre, tout semestre pris au titre de congé d'éducation

ampute d'autant le droit à la mise en disponibilité.

Nous nous sommes également intéressés à l'allaitement en demandant qu'il soit possible pour une interne qui allaite de bénéficier d'une heure sur son temps de travail pour allaiter ou tirer son lait.

**" faciliter l'organisation dans les terrains de stage, au bénéfice de tous "**

Concernant la garde des enfants en bas âge, loin d'être aisée à gérer au quotidien, il est demandé que des places soient réservées dans les crèches hospitalières pour les enfants des internes en stage dans l'hôpital ou à proximité, éventuellement en ambulatoire.



Pour les choix de stage, le document de propositions rappelle que les stages en ambulatoire peuvent être une occasion de changer de subdivision. Nous demandons que l'argument de rapprochement familial puisse être entendu dans ces requêtes.

Par ailleurs, il est proposé une modalité de choix particulière, dénommée « priorité géographique », assu-

rant à l'interne chargé de famille un poste à proximité de son lieu de résidence. Tous les postes d'une même zone ne peuvent être occupés exclusivement par des internes en priorité géographique, et le nombre d'internes sollicitant cet avantage peut être limité si cette modalité de choix devenait à être trop demandée. Autant de « gardes fous » assurant des droits de base aux internes tout en veillant à ce que leurs collègues non concernés n'en subissent aucun désavantage.

Enfin, les propositions formulées prévoient d'adapter certaines de ces mesures à l'interne chargé d'une personne malade ou handicapée : aménagements d'horaires, priorité géographique, congé spécifique de présence...

Ces toutes récentes propositions n'ont pas encore abouti sur le plan législatif, mais nous ne manquerons pas de vous tenir au courant de l'évolution de ce dossier.

**Marion CHAUVET,**  
Trésorière Adjointe de l'ISNAR-IMG

## — Prévoyance - Maladie - Handicap —

### Mieux vaut prévenir que guérir...

D'après les textes, un interne ne peut être ni malade, ni handicapé. En effet, aucun élément réglementaire ne mentionne d'adaptations spécifiques pour ces internes, tant sur le plan de la formation que sur le plan « social ».

Des propositions sur ce thème ont donc été envoyées simultanément aux précédentes à nos Ministères de tutelle. Celles-ci sont simples et relèvent pour la plupart de l'évidence : il s'agit de ce qui existe déjà pour les personnels hospitaliers, excepté les internes...

L'interne atteint d'une affection de longue durée pourrait bénéficier d'un temps partiel thérapeutique accordé par le comité médical.

Le comité médical serait composé de la même façon que pour tout personnel hospitalier, à la différence près que le coordonnateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) y siègerait également. L'objectif est que soit discuté le caractère validant ou non du stage, au regard de l'impact du temps partiel sur la formation de l'interne.

L'interne handicapé aurait quant à lui la possibilité de solliciter la réunion d'une commission qui statuerait sur la légitimité de la

demande, et qui accorderait au cas par cas, en fonction du handicap, d'éventuels aménagements des conditions d'exercice :

- Aménagements d'horaires ;
- Adaptation des terrains de stage avec la possibilité d'affectation « fléchée » ;
- Dispense partielle ou totale des gardes et astreintes ;
- Dérogation portant sur la durée maximale autorisée pour effectuer le DES, permettant ainsi la délivrance d'une licence de remplacement, au-delà des six ans suivant le passage des ECN.

Cette commission pourrait également se prononcer sur la possibilité de reclassement de l'interne si celui-ci était reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions. Actuellement, aucun projet de réorientation n'est proposé à l'interne dans ce cas.

Une autre proposition est la possibilité d'effectuer un ou plusieurs stage(s) en surnombre, pour l'interne malade ou handicapé, sous réserve de l'accord du comité médical. Ce surnombre serait validant si le stage dure quatre mois et s'il n'est pas fléché. Dans le registre de la prévoyance, il s'agit d'étendre la

couverture des accidents de trajet : lieu de formation théorique, visites à domicile, permanence des soins, SMUR...



Enfin, il paraîtrait normal que notre cotisation retraite porte sur la totalité de nos émoluments et non les deux tiers comme c'est le cas actuellement.

Ces propositions devraient couler de source, mais il n'en est rien. Démonstration supplémentaire des lacunes de nos statuts.

Souhaitons que les avancées soient rapides, pour éviter les situations ubuesques auxquelles nous assistons parfois.

**Julien SECRET,**  
Trésorier de l'ISNAR-IMG



## Horaires - Rémunération - Responsabilité

Les conditions de travail font partie des objectifs essentiels d'une structure syndicale, et l'ISNAR-IMG ne déroge pas à la règle. Cependant, pour pouvoir asseoir des revendications fortes, il faut être certain des attentes des internes.

**" Assurer à chacun la possibilité de concilier formation, projets personnels et vie professionnelle. "**

Il ne s'agit donc pas d'une lubie, mais bien au contraire d'un projet d'envergure porté par les résultats d'une grande enquête nationale réalisée au cours de l'été 2008. Celle-ci nous permet de légitimer ce travail, en s'appuyant sur les réponses de 1593 internes de médecine générale.

Au vu de cette enquête, et grâce à un débat riche lors du Conseil d'Administration Extraordinaire sur le statut de l'interne qui s'est tenu en mars 2009, des axes de travail ont pu être dégagés. Ces revendications portent sur les horaires de travail, la rémunération et la responsabilité de l'interne. Elles seront très prochainement présentées aux Ministères, sous la forme d'un document de propositions, le dernier de ce chantier sur la réforme du statut de l'interne.

Les horaires de travail sont actuellement définis en 11 demi-journées par semaine dont 2 réservées à la

formation universitaire. L'enquête montre que vous trouvez vos horaires trop longs et qu'ils ont une répercussion importante sur votre vie sociale et familiale, vos loisirs et votre formation. Votre souhait serait de travailler entre 35 et 55 heures par semaine. C'est dans le respect de ces résultats que les propositions de l'ISNAR-IMG sur les horaires de travail seront formulées :

- Diminuer le nombre de demi-journées à 10 par semaine, avec maintien des 2 demi-journées de formation ;

- Préciser un temps de travail hebdomadaire maximal de 55 heures, gardes comprises.

La rémunération des internes, fixée par l'arrêté du 20 mars 2008<sup>1</sup>, est basée sur un montant brut annuel variant de 16 244,65 € à 24 946,96 € selon l'ancienneté. La grande majorité des internes trouve cette rémunération insuffisante et souhaite une revalorisation du salaire fixe. La définition horaire du temps de travail, qui actuellement n'existe pas (11 demi-journées cela ne correspond tout simplement à rien), s'accompagnera d'une définition horaire de la rémunération, facilitant sa revalorisation.

Conformément aux résultats de l'enquête, il sera demandé à ce que le principe d'augmentation des émoluments en fonction de l'ancienneté soit maintenu.

La responsabilité de l'interne est un sujet vaste, difficile à définir devant la diversité des stages

proposés. Sur le plan réglementaire, un interne est « sous la responsabilité du praticien dont il relève »<sup>2</sup> et il doit « s'acquitter des tâches qui lui sont confiées d'une manière telle que la continuité et le bon fonctionnement du service soient assurés »<sup>3</sup>. L'enquête nous montre que les internes estiment leurs responsabilités adaptées. La seule modification qu'il sera proposé d'apporter serait que l'interne « participe » à la continuité des soins, et non pas qu'il l'« assure ».

**" ces revendications portent sur les horaires de travail, la rémunération et la responsabilité de l'interne "**

Depuis trop longtemps les conditions de travail des internes n'ont pas été améliorées. Mais grâce aux données de l'enquête nationale et au travail des représentants des internes des différentes villes de France, nos revendications pourront être appuyées par des arguments solides et permettront par là même d'améliorer efficacement nos conditions de travail.

Le train est en marche : à quand enfin un statut digne de ce nom !

**Sophie AUGROS,**  
Chargée de Mission Statut de l'Interne de l'ISNAR-IMG

<sup>1</sup> Arrêté du 20 mars 2008 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé

<sup>2</sup> Article R.6153-3 du Code de la Santé Publique

<sup>3</sup> Article R.6153-6 du Code de la Santé Publique

## TUTORAT DES EXTERNES

*" Le tutorat à la grenobloise, par les internes "*

**C**hers co-internes, je ne peux résister à l'envie de vous relater cette expérience unique, que les internes de médecine générale de nos montagnes alpines partagent avec leurs externes. En parallèle du stage de deux semaines chez le généraliste, dont profitent les étudiants de deuxième cycle, s'est ouvert un espace d'échanges et de débats sur la relation médecin-malade, la médecine générale et son internat, la médecine dans la vraie vie et au CHU... Je vais vous conter pourquoi et comment nous en sommes arrivés là.

### **Pourquoi ce tutorat ?**

Parce que nous pensons que si la médecine générale est si peu choisie, c'est entre autre parce qu'au cours de l'externat, on se projette uniquement dans la perspective de l'internat. Celui de médecine générale est bien caché, loin du CHU, donc loin du milieu naturel de l'externe... De plus, pour certains d'entre eux, le stage en ambulatoire lors du second cycle n'a pas vraiment répondu à leurs attentes, même si le partage des bonnes expériences et des bons souvenirs de leurs camarades permet de relativiser. Et enfin, parce que la faculté ne nous donne que peu d'espace de dialogue sur ce que nous vivons : on nous demande d'apprendre l'éthique, c'est-à-dire le savoir-être, quand on est dans les bouquins (ou les ordis pour Grenoble) en PCEM1, et on nous demande d'appliquer ce savoir théorique, quand on commence à voir des patients dans la suite des études. Entre deux, la formation sur ce thème capital est quasi inexistante et la confrontation à la réalité parfois difficile.

### **Comment est organisé ce tutorat ?**

Deux internes se réunissent avec une douzaine d'externes pour deux soirées espacées d'une semaine, juste après leur journée de stage de médecine générale.

Durant la première séance sont abordées des connaissances pures pour permettre le bon déroulement d'un jeu de rôle entre un externe, qui joue le rôle du médecin, et un interne, qui joue le rôle du patient. Cette mise en situation sert de base à un débat sur la relation médecin-malade, la maladie chronique, le rapport au soin, l'observance thérapeutique, ou toute autre notion que les externes souhaitent aborder.

La deuxième séance, beaucoup plus intime, est le temps de parole des externes sur ce qu'ils ont vécu, les expériences qui les ont touchées, ce qui leur a plu ou non. Nous concluons par le récit de certaines de nos expériences, et par une petite présentation de ce qu'est notre internat et ce qui le rend inégalable.

***" les assesseurs du Doyen considèrent que ce tutorat fait partie intégrante du stage en médecine générale de second cycle "***

### **Qu'est ce que cela apporte en pratique ?**

Au moment où je vous écris, seules deux séances ont eu lieu, en raison d'un retard du début des stages et de difficultés organisationnelles. La parti-

cipation est certes moyenne, mais la satisfaction des participants est exceptionnelle. Des externes intéressés par la médecine générale avec l'envie d'en parler, jusqu'à une heure et demie après la fin de la séance, ça existe ! Les retours des externes aux assesseurs du Doyen font que ceux-ci considèrent maintenant que ce tutorat fait partie intégrante du stage en médecine générale de second cycle !

### **Est-ce possible chez vous ?**

Bien sûr que oui ! Pas besoin d'être de nombreux internes motivés puisque seuls deux tuteurs sont présents.

Il convient néanmoins d'avoir une volonté d'imposer cette innovation et de s'assurer le soutien de nos autorités compétentes.

### **En conclusion :**

L'internat de médecine générale est une aventure qu'il serait dommage de ne pas partager !

Brieuc GALES,  
Interne de médecine générale à Grenoble,  
Président d'ARAVIS<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Association des Résidents des Internes de Médecine Générale des Alpes, Vallée de l'Isère et Savoie

# SENIORISATION DES GARDES



**" Des urgences séniorsées à Saint-Etienne, enfin ! "**

**L**a séniorsation des gardes est un problème récurrent dans les hôpitaux de France. Ainsi, au CHU de Saint-Etienne, depuis cinq ans, la prise en charge nocturne des urgences adultes « fonctionnelles » n'était effectuée que par des internes.

Les urgences du CHU sont composées de deux secteurs distincts : les urgences « graves » (UG) d'une part et « fonctionnelles » (UF) d'autre part. La nuit, ces dernières n'étaient assurées que par un seul interne, souvent de première année, le référent étant le médecin sénior des UG. Mais l'activité importante du CHU de la préfecture ligérienne (62 012 passages en 2007) ne permet pas d'avoir recours de façon satisfaisante à l'avis de celui-ci. Les problèmes soulevés par cette situation étaient de divers ordres : illégalité de la situation, danger pour les patients, absence de formation adéquate...

Depuis le début des faits, l'AFMGS<sup>1</sup> (structure représentative des internes de médecine générale stéphanois) n'a cessé d'alerter les dirigeants concernés, que sont entre autres le Directeur Général du CHU, le Chef de pôle, le Chef de service des Urgences, le Département Universitaire de Médecine Générale et les différentes commissions hospitalières.

Une séniorsation fut un temps mise en place mais elle resta éphémère, malgré la menace de retrait d'agrément pour ce terrain de stage... Les arguments exposés étaient l'absence de financement suffisant et la difficulté de recrutement.

Fin 2008 - début 2009, le plan de redressement du CHU, au sein duquel figure la budgétisation de la séniorsation, est voté. Les différentes instances, administratives et médicales, écoutent les représentants des internes et s'accordent sur « l'urgence » de la séniorsation, sans pour autant faire suivre d'effets cette constatation.

L'UIS<sup>2</sup> (association regroupant les internes de médecine générale et des autres spécialités) décide alors de poser un ultimatum début mars, date à laquelle la séniorsation n'est toujours pas effective. Un préavis de grève est alors déposé à la Préfecture.

La grève des gardes, et la prise de conscience des responsables, permettent de débloquent la situation et d'obtenir un planning de gardes des médecins séniors jusqu'à une séniorsation à presque 100 %.

Cependant, nous restons vigilants mais devant la bonne volonté de chacune des parties et le dialogue installé, le préavis de grève est levé le 29 mai 2009.

Après cinq années de bataille, la séniorsation est enfin tangible, avec un bémol cependant : la mise à contribution d'internes en fin de cursus de DESC d'urgences, situation tout aussi illégale mais validée par les commissions hospitalières...

*" après cinq années de bataille, la séniorsation est enfin tangible "*

## Rappels législatifs

« L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève »<sup>3</sup>. En pratique, cela sous entend une séniorsation permanente.

« L'effectif de l'équipe médicale de la structure de médecine d'urgence comprend un nombre de médecins suffisant pour qu'au moins l'un d'entre eux soit présent en permanence »<sup>4</sup>.

Dans les faits, un interne effectuant une garde non séniorsée sera tenu pour seul responsable de l'ensemble des événements survenus pendant cette garde.

**Sandra LIEBART,**  
Interne de médecine générale à Saint Etienne,  
Présidente de l'AFMGS<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Association des Futurs Médecins Généralistes Stéphanois

<sup>2</sup> Union des Internes Stéphanois

<sup>3</sup> Article R.6153-3 du Code de la Santé Publique

<sup>4</sup> Article D.6124-3 du Code de la Santé Publique



## ACCÈS AU DESC DE GÉRIATRIE

« Qu'en est-il pour nous, internes de médecine générale ? »

**A**u cours des dernières semaines, le DESC de gériatrie fit l'objet de multiples rebondissements. Un gel des inscriptions pour la rentrée 2009 fut initialement recommandé aux coordonnateurs locaux du DESC par deux Conseillers Ministériels. Cette décision arbitraire fut prise en raison d'une incompatibilité de maquettes.

Le DESC de gériatrie est un DESC de type 2. Sa validation requiert donc la réalisation de quatre semestres au cours de l'internat, élément mathématiquement impossible dans la cadre d'un DES de six semestres. Ce diplôme est qualifiant et ouvre donc sur un exercice exclusif, n'autorisant plus celui de la médecine générale ambulatoire.

Cela fait plus de quatre ans que l'ISNAR-IMG alerte sur cette impossibilité avérée de réaliser simultanément les maquettes du DES de médecine générale et du DESC de gériatrie, et demande la transformation de ce diplôme en un DESC de type 1.

Cela assurerait la compatibilité des maquettes, et permettrait par ailleurs aux futurs praticiens de soins primaires d'avoir accès à une formation complémentaire de gériatrie et de diversifier ainsi leur exercice.

D'un point de vue réglementaire, cette décision de bloquer les inscriptions au DESC de gériatrie n'est pas valide : les modalités d'inscription aux DESC sont fixées par arrêté<sup>1</sup>, et une circulaire ne peut pas contredire un arrêté.

### En pratique :

Les inscriptions au DESC de gériatrie, dans sa forme actuelle, ne sont pas fermées aux internes de médecine générale. La compatibilité des maquettes continuera de relever de tolérance et d'arrangements locaux quant au calendrier de réalisation des différents semestres.

### Et l'avenir ?

Plusieurs projets sont aujourd'hui en discussion. La question récurrente est celle de la transformation du DESC de gériatrie en un DESC de type 1 ou en un DES.

Parallèlement, il est question d'une réforme de l'ensemble des DESC. Ce projet prévoit un type unique de diplôme complémentaire, accessible à tous (internes et médecins en exercice). Il s'agirait d'ouvrir la voie à la diversification de l'exercice, plébiscitée par la nouvelle génération.

**Marie BROSSET,**  
Chargée de Mission Partenariats de l'ISNAR-IMG

<sup>1</sup> Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine, modifié par l'arrêté du 26 janvier 2007

## Appel à témoignages...

*Vous, ou une de vos connaissances, êtes parti(e) ou souhaitez partir à l'étranger au cours de l'internat pour y effectuer un ou plusieurs semestre(s) ?  
Vous rêviez de découvrir un système de soins à l'étranger mais vous n'avez pas réalisé votre projet ?*

Faites-nous part de votre destination, de vos recherches, du délai d'aboutissement de votre projet, des obstacles rencontrés, de votre expérience...

L'ISNAR-IMG effectue un état des lieux des difficultés, des écueils mais aussi des critères de réussite d'un projet de semestre à l'étranger. Cela nous permettra d'élaborer un « guide pratique » mais aussi des propositions de résolution des problèmes rencontrés.

Vous pouvez nous contacter par mail : [international@isnar-img.com](mailto:international@isnar-img.com)

**Nous comptons sur vous !**



Bulletin bimestriel, gratuit

Rédacteur en chef : Laurent DIGABEL

Contact : [publication@isnar-img.com](mailto:publication@isnar-img.com) – Tél. 04 78 60 01 47

Imprimerie : **Aprime, 69100 Villeurbanne**

**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](http://www.isnar-img.com) - [contact@isnar-img.com](mailto:contact@isnar-img.com)

