

L'ANTIDOTE



LE JOURNAL DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

www.isnar-img.com - bimestriel gratuit - numéro 10 - janvier/février 2010

À LA LOUPE

Congrès 2010 : LE BILAN

Ici ou
ailleurs

► Les internes brestois acteurs de leur formation

► ECOS, TCS, kesako ?

Médecine et Société

- La Grippe de A... à Z
- Etat des lieux et critères de choix des postes de Chefs de clinique
- Les maisons de santé : quelles perspectives ?

Le 11^{ème} Congrès National des Internes de Médecine Générale s'est déroulé les 8 et 9 janvier à Nantes, dans une ambiance que le froid n'est pas parvenu à altérer.

Vous avez été plus de 800 à nous rejoindre pour échanger, partager, et réfléchir à notre avenir. Nous vous avons présenté quelques perspectives de travail de l'ISNAR-IMG, que vous avez enrichies et renforcées par votre participation. Chaque année, votre apport au congrès imprègne durablement les travaux de l'ISNAR-IMG, et nous vous en remercions.



Et puis bien sûr, dès le lendemain de notre rencontre le fil de l'actualité reprenait son cours.

Les centres de vaccination ont fermé leurs portes, après que la campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1 ait occupé beaucoup de notre temps. Les concertations sur les décrets d'application de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » se poursuivent à un rythme soutenu. Et puis bien sûr il est temps pour nous de commencer dès aujourd'hui à préparer la prochaine rentrée des chefs de clinique universitaires de médecine générale, dont le rôle dans le développement de notre filière universitaire est majeur.

Il me reste à vous souhaiter une bonne lecture, et une bonne poursuite de votre semestre avec la préparation des choix qui se profilent déjà !

SOMMAIRE

Éditorial.....p. 2



Médecine et Société

<i>La Grippe de A... à Z.....</i>	<i>p. 3</i>
<i>Etat des lieux et critères de choix des postes de Chefs de clinique.....</i>	<i>p. 4</i>
<i>Les maisons de santé : quelles perspectives ?.....</i>	<i>p. 5</i>

À la loupe : Congrès 2010

<i>Le bilan.....</i>	<i>p. 6</i>
<i>Synthèse des tables rondes et ateliers :</i>	<i>p. 7</i>
• <i>La médecine générale universitaire : un sujet de recherche !.....</i>	<i>p. 7</i>
• <i>Généraliste : un médecin certifié conforme ?.....</i>	<i>p. 7</i>
• <i>Maisons de santé : la panacée ?.....</i>	<i>p. 8</i>
• <i>2500 ans après Hippocrate : médecins et société.....</i>	<i>p. 8</i>
• <i>La médecine générale : un métier, des vies.....</i>	<i>p. 9</i>
• <i>Statut de l'interne : la fin du statu quo ?.....</i>	<i>p. 9</i>



Ici ou ailleurs

<i>Les internes brestois acteurs de leur formation.....</i>	<i>p. 10</i>
<i>ECOS, TCS, kesako ?.....</i>	<i>p. 11</i>

Question d'internes

<i>Taxe professionnelle.....</i>	<i>p. 12</i>
----------------------------------	--------------





La Grippe de A... à Z

Depuis le 12 novembre 2009, la campagne de vaccination contre le nouveau virus H1N1 a été déclarée ouverte. Cette chasse de Santé Publique a mis largement à contribution les internes. Comment réagir alors face à cette mobilisation ? Un seul mot d'ordre : « s'organiser ». Puisque l'implication des internes était incontournable, il s'agissait de faire en sorte qu'elle soit la plus cohérente possible...

Un cadre national posé

A l'échelon national ont été définies les grandes conditions de participation des internes. En effet, le minimum exigé et obtenu fut de travailler sous une couverture juridique et assurantielle maximale, sous la responsabilité d'un médecin sénior. Nous avons demandé de définir un nombre maximum de vacations par semaine, ce qui a été obtenu début décembre. Nous avons également demandé d'avoir une mission médicale non centrée sur l'acte de vaccination lui-même. Et bien sûr, il était impératif que les internes soient rémunérés...

« Les français parlent aux français... »

Seulement, sur le terrain les administrations locales respectaient plus ou moins scrupuleusement les directives nationales. Nous avons constaté que chaque département, à travers sa DDASS¹ et ses directeurs de centres Hospitaliers, a laborieusement proposé des listes d'internes pour remplir les plannings des fameux Centres de vaccination. C'était là un trait commun national : la difficulté de mise en œuvre de mesures cohérentes sur le terrain... Car la mobilisation des internes de médecine générale était très variable : basée

sur le volontariat pour certaines régions ou au contraire sous le régime de la réquisition « forcée » pour d'autres régions.

**" maintenant
il s'agit de
nous faire
indemniser "**

Heureusement, le deuxième trait commun national a été l'investissement des structures représentatives des internes de médecine générale. C'est le dialogue sur le terrain qui a permis de résoudre le plus de situations. Pour la plupart, les membres de vos bureaux devaient répondre aux sollicitations permanentes des DDASS, DRASS et interlocuteurs des centres hospitaliers, gérer directement les problèmes de chacun d'entre vous,

tout en vous informant du cadre légal requis dans cette situation sanitaire...

Le bilan ?

Aujourd'hui les centres de vaccination sont fermés, l'implication des internes dans la campagne touche à sa fin. Dans la situation actuelle, une nouvelle participation des internes est très invraisemblable.

Maintenant il s'agit de nous faire indemniser pour chaque minute passée en centre de vaccination, mais également pour nos frais de déplacement et éventuellement d'hébergement !

En pratique, vous pouvez compter sur vos représentants au sein de vos villes de faculté pour vous informer des démarches à suivre.

Le point positif de cette campagne, c'est le renforcement du rôle de ces derniers auprès des institutions locales, du à la qualité de leur apport au cours de la campagne pour faire en sorte que les choses se passent au mieux... Ce qui sera utile pour d'autres dossiers !

Charlotte PERRENOT,
Vice Présidente de l'ISNAR-IMG

¹ Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales



Etat des lieux et critères de choix des postes de Chefs de clinique

Depuis sa création en 1998, la filière universitaire de médecine générale est en plein développement. La Loi "Hôpital, Patients, Santé, Territoires" (HPST), promulguée en juillet 2009, fixe pendant quatre ans la création de 50 postes de chef de clinique universitaires de médecine générale (CCU-MG), 30 postes de maîtres de conférences universitaires et 20 postes de professeurs universitaires.

Etat des lieux

Ces dernières années, rien n'était formalisé pour devenir CCU-MG, il s'agissait souvent de candidatures spontanées, et les fonctions se prenaient sans réel projet pédagogique ni encadrement. Et puis les nominations pouvaient se faire au 31 octobre pour une prise de fonction au premier novembre... Il est vrai qu'il existait alors peu de visibilité sur l'ouverture et le contenu des postes.

" la médecine générale a besoin de tous les internes motivés "

La Loi HPST, en fixant un nombre précis d'ouvertures de poste de chef de clinique, relance la problématique de la définition des critères et du contenu de ce poste indispensable. Il est donc aujourd'hui nécessaire et

essentiel de se préparer à devenir chef de clinique. L'ISNAR-IMG, avec l'Association Nationale des Chefs de Clinique de Médecine Générale (ANCCMG) et le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), ont le souhait, pour 2010, de mettre en place des critères de choix pour occuper le poste de chef de clinique.

Avant tout, qu'est ce qu'un chef de clinique ?

Il s'agit d'un jeune médecin thésé qui vient de valider son internat et qui participe activement à l'encadrement pédagogique d'internes et d'externes, au sein de son Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG). Il participe également aux activités de recherche de son DUMG. Le clinicat est bien entendu la voie privilégiée pour accéder à une carrière universitaire. Les CCU-MG d'aujourd'hui sont nos professeurs de demain !

Pourquoi définir des critères ?

Ces critères, en cours de réflexion, ont pour objectif de rendre visible le poste de chef de clinique et aider les internes à savoir ce qu'il requiert comme qualités et comme cursus. L'idée est ainsi d'en améliorer l'accessibilité, puisque la marche à suivre sera clarifiée.

" améliorer l'accessibilité "

De plus, la définition de critères précis et réalistes peut permettre à tous les DUMG de s'accorder et de proposer les mêmes conditions de recrutement quelle que soit la subdivision, ce qui permettra également une mobilité des chefs de clinique. Il s'agit également d'éviter les abus, puisque l'on a assisté lors de la rentrée dernière pour la première fois à des sélections faites davantage sur la personne que sur les compétences.

Le clinicat et vous

La Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG) est une clef du développement et de la valorisation de notre discipline, et les CCU-MG ont un rôle majeur à y jouer. La médecine générale a besoin de tous les internes motivés, n'hésitez pas à prendre contact avec votre DUMG et votre association ou syndicat local !

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

Les maisons de santé : quelles perspectives ?



Les maisons de santé existent depuis plusieurs années mais elles résultaient jusqu'à présent de projets locaux isolés. Ce mode d'exercice s'inscrit progressivement dans la nouvelle politique de développement du système de soins. Nous avons une première définition des maisons de santé dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2008, dans l'article L 6323-3 du Code de Santé Publique. Une définition maintenant législative...

C'est la loi "Hôpital, Patients, Santé, Territoires" (HPST) en juillet 2009 qui pour la première fois introduit une notion structurelle concrète en mettant en avant la notion de projet de santé, préalable indispensable au succès de ces structures.

Nouvel exercice, nouvelles rémunérations ?

Les maisons de santé sont donc des structures regroupant dans un même espace différents professionnels tels que médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, assistants sociaux, podologues, diététiciens, dentistes... dans le but d'améliorer la prise en charge globale et coordonnée du patient, et ainsi garantir une meilleure qualité des soins.

La maison de santé pluri-professionnelle est avant tout un projet de santé adapté au terrain. Elaboré par les professionnels eux-mêmes, ce projet de santé doit planifier l'ensemble des buts et de l'organisation de la structure, ce qui en fait une étape aussi complexe que décisive. Pour son élaboration, il est recommandé de s'aider de professionnels expérimentés, que l'on peut trouver en particulier dans les fédérations de maisons de santé.

Il faut noter que ce mode d'exercice est peu compatible avec le système actuel de paiement à l'acte. En effet, pour que cela fonctionne il est indispensable de rémunérer les activités relatives à la prise en charge globale des patients, telles que la prévention, l'éducation thérapeutique ou les staffs pluri-professionnels. Il devient donc nécessaire d'élargir les modalités de rémunérations et de laisser le choix des montages financiers aux professionnels.

**"La maison
de santé est avant
tout un projet de
santé adapté au
terrain"**

Une mission ministérielle a lancé la réflexion sur les critères de labellisation et les modes de rémunérations des maisons de santé, dont le rapport est paru le 19 janvier 2010.

Les maisons de santé pluri-professionnelles : la solution ?

Ce nouveau mode d'exercice attire les jeunes générations. En effet, les

médecins de la nouvelle génération aspirent à une qualité de vie aussi bien privée que professionnelle, et refusent pour beaucoup d'exercer dans les mêmes conditions que leurs aînés.

De fait, concilier liberté individuelle et exigence professionnelle est un défi qui ne peut être relevé qu'à l'aide d'une organisation collective efficace.

Les maisons de santé offrent un exercice organisé, une véritable coopération interprofessionnelle et une structuration optimale de l'exercice, centré sur le patient. Elles permettent également de mieux développer la prévention et l'éducation thérapeutique.

Bien sûr cela représente un coût financier plus important pour les professionnels, et que chacun s'investisse humainement dans la structure.

Le jeu en vaut-il la chandelle ? Les constructions que nous ferons sur le terrain en jugeront, mais tous les espoirs sont permis...

Audrey GIRARD,
Trésorière de l'Association de
Moyens de l'ISNAR-IMG



Congrès 2010 LE BILAN

Merci à vous d'être venus aussi nombreux au 11^{ème} Congrès National des Internes de Médecine Générale. Vous étiez plus de 800 inscrits, et nous avons tous ensemble battu le record de l'année précédente.

En onze années le congrès a parcouru du chemin, il a traversé la France et les internes le suivent de plus en plus pour découvrir une ville, une région et la culture de la médecine générale.



Le Bureau National de l'ISNAR-IMG a été ravi de vous accueillir au cœur de l'actualité du moment, de vous présenter quelques uns de ses axes de travail actuels et d'avoir pu recueillir vos réactions.

C'était également une grande fierté pour la vingtaine de nantais de l'Equipe Congrès du SIMGO de vous recevoir et de vous faire découvrir Nantes. Ce fut un vrai plaisir pour chacun, quelque soit le niveau d'implication, de participer à ce grand moment de l'année pour les internes de médecine générale.

Vous êtes arrivés jeudi pour la plupart, dans le froid et parfois avec des retards de trains. Vous aviez bien mérité le repos avant le début des festivités.

Vendredi, certains d'entre vous étaient en avance pour profiter du petit déjeuner et du Welcome Pack que nous avions voulu régional, utile et malin. Les Berlingots Nantais sont peut-être encore dans leurs sachets mais c'est surtout le caramel au beurre salé qui a fait le plaisir des gourmands.

Je ne reviens pas sur la qualité des discussions qui ont suivi, elles sont largement développées dans ces pages et vous en ferez l'écho vous même. En tout cas, les temps de pause vous ont permis d'échanger tous ensemble, autour d'un bon repas et au sein du parc des exposants sur les thèmes qui touchent à l'avenir de notre formation et de notre profession.



N'oublions pas que le Congrès c'est aussi l'occasion au travers du gala de se retrouver tous ensemble, d'échanger et de fêter l'évènement autour d'une bonne table. Vous avez apprécié le film des nantais et dansé avec le groupe de jazz manouche qui a levé les foules tant et si bien que, chose inédite, personne ne voulait quitter la table pour rejoindre la soirée dansante qui nous attendait.

Le lendemain, vous étiez nombreux présents pour la reprise des débats de la deuxième matinée du congrès. La table ronde traitant des statuts de l'interne a réveillé les plus fatigués et beaucoup de réactions sont restées sans être exprimées tant les positions étaient tranchées et les interventions nombreuses.

Ce fut aussi l'heure des félicitations et des congratulations avant le dernier repas, résolument régional avec ses huitres de Pornic et ses crêpes bretonnes.

Nombre d'entre vous sont restés à Nantes malgré la neige. Vous avez sans doute découvert les Machines de l'Île de Nantes, le quartier de Bouffay ou encore la place du commerce.

Nous sommes certains que vous reviendrez nous voir un de ces jours, et nous vous accueillerons à nouveau les bras ouverts. En attendant, d'autres contrées sont à découvrir et nous attendons déjà l'édition 2011 avec impatience pour vous retrouver et partager à nouveau de bons moments et de grandes idées.

Thomas LACROIX,
Ancien Chargé de Mission organisation
du Congrès de l'ISNAR-IMG

Synthèse des tables rondes et ateliers



Table ronde

La médecine générale universitaire : un sujet de recherche !

L'objectif de cette table ronde était de promouvoir auprès des internes la recherche en médecine générale, elle a suscité des débats riches et constructifs.

La médecine générale n'est devenue une spécialité à part entière qu'en 2004 et nous avons du attendre 2008 pour que soit créée la Filière Universitaire de Médecine Générale.

Récemment, la loi "Hôpital, Patients, Santé, Territoires" a également appuyé la filière en fixant les effectifs minimaux des personnels universitaires de médecine générale.

Concernant la recherche en médecine générale, il n'y a pas de définition consensuelle. En revanche, nous pouvons nous concentrer sur sa spécificité : elle est centrée sur le patient pris dans sa globalité et

dans son environnement. Cela correspond aux soins primaires, encore trop peu explorés. La médecine générale a besoin d'étoffer ses données scientifiques, afin d'en faire une filière d'excellence, garante d'une formation de qualité et de l'attractivité de la discipline.

Alors comment dompter la recherche en médecine générale ?

La première approche concrète de la recherche dont nous bénéficions est le travail de thèse. Or, très peu d'entre elles portent effectivement sur la médecine générale. De même, il est primordial d'assurer un véritable enseignement de la recher-

che et de favoriser la diffusion des travaux de recherche.



La filière universitaire est à ses débuts, à nous de la consolider et de la promouvoir !

Audrey GIRARD,
Trésorière de l'Association de Moyens de l'ISNAR-IMG

Atelier

Généraliste : un médecin certifié conforme ?

Selon l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des DES¹, la validation du DES se fait actuellement par le coordinateur interrégional, d'après la validation des stages, un mémoire, un document de synthèse, un avis annuel du coordinateur et l'avis du Doyen. Depuis cette année, un référentiel compétences existe pour la médecine générale. Il définit le socle de compétences communes qui définissent le métier de généraliste.

L'enjeu aujourd'hui incontournable est d'inclure ce référentiel dans notre formation et de garantir l'acquisition de ces compétences à la fois aux internes qui étudient et aux patients que nous soignerons. C'est la certification.

A la fois opportunité et contrainte, nous devons réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour une certification des internes de médecine générale.



Cela permettra, tout en préservant la diversité et les richesses pédagogiques du terrain, d'augmenter le niveau d'exigence vis-à-vis de notre formation. En effet, il est de la responsabilité de nos tutelles nationales et locales de nous mener au niveau de compétences voulu.

Deux notions sont ressorties des débats : le besoin de certifier les « certifieurs » comme gage de sérieux de l'évaluation et prévoir un système de prise en charge des échecs.

La certification est un outil indispensable pour les patients, il nous appartient de nous l'approprier pour en faire un processus valorisant pour la profession.

Charlotte PERRENOT,
Vice Présidente de l'ISNAR-IMG

¹ Diplôme d'Etudes Spécialisées



Atelier

Maisons de santé : la panacée ?

Comme principaux atouts des maisons de santé, on connaît : la mutualisation des moyens humains et matériels, le partage d'expériences et de connaissances, la rupture de l'isolement, une certaine qualité de vie et de travail, un accès aux soins amélioré en outre par des amplitudes horaires importantes.

Bien sûr, il y a des freins : gestion administrative plus lourde, frais de fonctionnement élevés et contraintes relationnelles sont toujours au rendez-vous.

Dans tous les cas, la notion de « projet de santé » pluri-professionnel est essentielle. Monter une maison de santé est toujours un pari qui dépend fortement de la cohésion initiale et pérenne des professionnels autour d'objectifs communs. Par conséquent, une généralisation dirigée de cet unique mode d'exercice serait inapte.

Enfin, la loi "Hôpital, Patients, Santé, Territoires" donne un cadre aux maisons de santé qui devront s'intégrer de manière cohérente et coordonnée au sein des « territoires » de santé que définiront les Agences Régionales de Santé. Celles-ci pourront verser des financements à la signature de contrats promouvant des missions de service public.



Les maisons de santé d'aujourd'hui sont l'œuvre de militants convaincus. Demain, il faut que ce mode d'exercice se structure afin qu'il puisse réellement devenir lisible, se démocratiser et concrétiser, enfin, les attentes de la jeune génération.

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

Atelier

2500 ans après Hippocrate : médecins et société

La santé est définie par une « norme sociale » dont nous sommes les garants. En tant que futurs médecins de premier recours, nous serons en contact direct avec la société. Mais notre rapport avec la société est dynamique au cours du temps et en fonction du contexte socio-économique, des évolutions de la science et de l'image de la maladie.

Hippocrate est peut-être le premier d'entre nous, médecins « occidentaux », par sa volonté d'exclure le divin de la maladie au profit d'une explication rationnelle. L'être humain est alors placé au centre de la médecine.

Au Moyen-âge les épidémies apparaissent comme un fléau de la société. En découle le rôle des médecins de cette époque qui consiste surtout à protéger la société. Au XIX^{ème} siècle, l'amélioration du niveau de vie permet l'émergence des maladies chroniques où

l'individu occupe de nouveau un rôle central.



Au cours de l'atelier, lorsque l'on vous demandait quels médecins vous souhaitiez être, Vous avez répondu que vous souhaitiez exercer en groupe, être des experts en santé mais pas des experts médico-légaux producteurs de certificats. Tout est basé sur la confiance. Enfin, Vous

souhaitez que les politiques considèrent les patients comme des personnes plutôt que des consommateurs.

Les conclusions des débats ont été fortes : un bon médecin est non seulement un médecin qui sait soigner, mais aussi un médecin qui sait s'adapter à la société dans laquelle il exerce.

Laurent DIGABEL
Secrétaire Général Adjoint de
l'ISNAR-IMG



Cet atelier était un atelier particulier puisque le but était de parler du métier de médecin généraliste et d'en faire découvrir les « milles facettes ».

Partant de la définition très théorique de l'exercice de médecin généraliste selon la WONCA, nous avons abouti à la notion de médecin généraliste « LIBRE » de choisir un exercice qui apparaît naturellement diversifié. Il n'y a aucune restriction légale à cela puisque cette notion transparait même au travers de la loi HPST¹, dans sa description des missions du médecin généraliste de premier recours.



De plus il nous fallait bien montrer la réalité de la diversification en médecine générale. La thèse du Dr LEROUX², nous a montré que de nombreux médecins avaient une activité diversifiée qui attire les jeunes professionnels.

Trois dimensions peuvent être décrites pour cette diversification. Dans le Temps, l'Espace et les Compétences, un repère se dessine et chaque médecin généraliste se déplace dans ce repère et se construit son métier, ses vies...

Pour rendre les choses un peu plus concrètes, nous avons invité pour cet atelier trois médecins généralistes

à nous présenter leur parcours. Leurs expériences ont largement illustré la largeur de l'horizon qui nous est offert.

La conclusion de ces témoignages ? Oui, on peut choisir la médecine générale pour sa diversité et réunir « un métier, des vies ». Cela n'empêche en rien de répondre pleinement aux missions du « médecin généraliste de premier recours », bien au contraire...

Lucie MELIN,
Chargée de Mission Villes du Sud de l'ISNAR-IMG

¹ Hôpital, Patients, Santé, Territoires

² Modes d'exercice particulier et diversification de l'exercice en médecine générale. Enquête descriptive auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle

L'an dernier, un atelier du congrès présentait les résultats de l'enquête nationale réalisée en 2008 concernant vos souhaits sur les évolutions de notre statut inchangé depuis de nombreuses années. La table ronde du samedi matin se situait dans la continuité. Nous avons en effet discuté des possibilités de mise en pratique de vos attentes avec la Directrice de la DHOS¹, un chef de service, un médecin inspecteur de la DRASS et une sociologue. Votre participation a été très active et vos propos pertinents.

L'amélioration de nos conditions d'exercice par l'introduction d'un temps de travail hebdomadaire maximal, réparti en dix demi-journées au lieu de onze, ne sera pas simple à mettre en place. Cela nécessitera du temps et de multiples réunions avec nos ministères de tutelle.

Quant au statut particulier des internes encaintes, nous avons eu la confirmation que la possibilité

d'accéder pour ces internes au surnombre va être inscrite dans les textes législatifs. Fruit de notre combat, cette avancée est capitale et marque le début d'une modification en profondeur de nos statuts !



Mais ce sont surtout les débats qui ont montré l'unité des internes autour de principes communs et combien vous êtes attachés à ce sujet.

Est-ce la fin du statu quo ? Peut-être. Et c'est renforcé de votre soutien que l'ISNAR-IMG ira défendre ses propositions.

Sophie AUGROS,
Trésorière Adjointe de l'ISNAR-IMG

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



Les internes brestoïses acteurs de leur formation

Après sondage des internes l'an passé, il est apparu que la Formation Médicale Initiale (FMI), organisée dans le cadre du DES¹ de médecine générale à Brest, était relativement éloignée des préoccupations de l'interne en début de cursus. Effectivement, les problématiques de ce dernier peuvent s'avérer différentes des attentes des enseignants.

Une nouvelle organisation des séminaires a donc vu le jour après le séminaire pédagogique annuel du DUMG² en juin 2009.

Au programme : trois séminaires obligatoires dans un cursus « recherche », permettant à l'interne d'acquérir les outils nécessaires pour mener à bien ses projets de recherche, et douze séminaires facultatifs sur des enseignements plus concrets, centrés sur des problèmes à forte prévalence en soins primaires et ainsi plus tournés vers la pratique quotidienne. Ils abordent par exemple les thèmes des conduites addictives, de la communication, de la responsabilité ou encore les aspects médicaux et sociaux de la longue maladie. Ces séminaires sont facultatifs pour permettre à l'interne de réaliser sa propre carte de formation. Il choisit de façon libre les domaines dans lesquels il souhaite développer ses compétences. Le but étant bien entendu de pouvoir maîtriser à la fin du cursus les huit compétences du médecin généraliste et de le prouver par un solde de Crédit Heures Formation (CHF) de 200 CHF minimum sur les 3 ans.

Les séminaires sont par ailleurs conçus par les internes pour les internes. Sur la base du volontariat, ils travaillent en lien étroit avec les enseignants du DUMG et des acteurs de la FMC³, qui constituent

**" maîtriser à la
fin de son cursus
les huit
compétences du
médecin
généraliste "**

leurs référents en matière de méthodologie et de pédagogie. Après avoir fait le bilan de leurs connaissances sur le thème, les internes identifient leurs besoins qu'ils hiérarchisent en objectifs principaux et secondaires. Ils conçoivent des dossiers adaptés à leurs attentes et à leur niveau de connaissance, permettant de répondre à leurs propres objectifs de formation. Les formations sont construites autour de cas cliniques concrets, tirés de leur expérience, avec une alternance de réflexion individuelle, de mise en commun en petits groupes et de synthèse en plénière. Les généralistes enseignants permettent d'élargir le champ des compétences et apportent des réponses aux questions soulevées par les internes, en s'appuyant sur des références validées.

Au-delà du souci d'offrir une FMI répondant aux problématiques de l'interne, cela permet aux internes « organisateurs » d'acquérir des outils méthodologiques et pédagogiques. Ils développent également des compétences sur la gestion et l'animation d'un groupe de formation, permettant de les sensibiliser au domaine du Développement Professionnel Continu dans lequel ils devront se plonger dans les années futures.

Cet investissement des internes est bien entendu valorisé par le DUMG puisque la conception d'un séminaire rapporte des CHF, permettant une reconnaissance du travail des internes en termes de formation.

Une évaluation de ces séminaires est réalisée au fur et à mesure, et sera finalisée en mai 2010, mais les retours informels sont d'ores et déjà positifs auprès des internes.

oooooooooooo

*« Une bonne façon d'apprendre, c'est d'étudier,
une meilleure façon d'apprendre, c'est d'écouter,
la meilleure façon d'apprendre, c'est d'enseigner. »*

François De Sales

oooooooooooo

**Pauline CUEFF,
Sylviane L'ECHELARD,
Membres du Bureau de MIG29⁴**

¹ Diplôme d'Etudes Spécialisées

² Département Universitaire de Médecine Générale

³ Formation Médicale Continue

⁴ Syndicat des internes de médecine générale de Brest

ECOS, TCS, kesako ?



La faculté de médecine de Rouen se prévaut depuis de nombreuses années d'être à la pointe de l'innovation pédagogique, et son Département de Médecine Générale (DMG) ne déroge pas à la règle. C'est pourquoi depuis plus de dix ans, il a mis en place dans la formation des internes de médecine générale (IMG) des Examens Cliniques Objectifs Standardisés (ECOS) et plus récemment des Tests de Concordance de Script (TCS), ces outils d'évaluation étant devenus validants pour le DES¹ de médecine générale depuis maintenant cinq ans.

Concrètement, ces examens se déroulent sur deux demi-journées en fin de cinquième semestre.

Les TCS sont une épreuve écrite analysant les capacités de raisonnement clinique. Les IMG ont 90 minutes pour répondre à 90 questions d'un type particulier. On présente une hypothèse et une information s'y rapportant. L'interne doit répondre si l'influence de l'information sur l'hypothèse est positive, négative ou neutre.

Exemple :

hypothèse : Marie, 5 ans, fébrile, vous évoquez une méningite.
Information : Elle habite Dieppe.
Réponse : Votre hypothèse est confirmée, infirmée ou inchangée.

En même temps que les IMG, un panel de trente maîtres de stage passe l'examen et ce sont leurs résultats qui servent de référence pour noter les internes. Les résultats sont comparés et les étudiants sont classés selon une courbe de Gauss.

Les ECOS sont une épreuve orale analysant les compétences cliniques.

Sur une matinée, les internes passent chacun dans vingt stations représentant chacune un type de consultation différente. Chaque station dure sept minutes, comprend un examinateur membre du DMG et un acteur formé jouant le rôle du malade. L'interne a chaque fois une « mission » à remplir : éduquer un patient diabétique, diagnostiquer une sciatique, réaliser un BCG, prendre en charge une embolie pulmonaire, etc. Ces stations permettent de passer en revue la plupart des motifs de consultations de médecine générale. L'examineur a une grille de mots clés à remplir pour évaluer l'interne. Comme pour les TCS, les internes sont classés selon une courbe de Gauss.

Pour valider le DES de médecine générale, l'interne doit se situer entre -1 et +2,5 DS aux deux examens. S'il est situé dans les -2,5 DS aux deux, il est recalé et doit les repasser un an après. Entre -1 et -2,5 DS, la décision est soumise à un jury, qui oriente l'interne pour son dernier semestre en fonction de ses lacunes.

Ces méthodes d'évaluation n'ont pas pour but de juger des connaissances des internes mais plutôt de leurs compétences et capacités de raisonnement et de s'assurer ainsi que l'interne en fin de cursus ait un certain nombre de compétences

acquises et ne soit pas dangereux pour les patients.

**" Ces méthodes
n'ont pas
pour but de
juger des
connaissances "**

Il y a en général un interne recalé chaque année qui repasse les examens l'année suivante, toujours avec succès jusqu'à présent.

Les internes ne sont généralement pas ravis de devoir encore passer des examens, mais ceux-ci sont dans l'ensemble adaptés à l'enseignement et à la pratique de la médecine générale et sans réelle difficulté pour un interne ayant suivi un cursus normal.

De plus il ne paraît pas forcément aberrant de s'assurer que les futurs professionnels de santé soient compétents et ne représentent pas un danger pour leurs futurs patients.

Julien SECRET,
Ancien Trésorier de l'ISNAR-IMG

**" validants
pour le
DES "**

¹ Diplôme d'Etudes Spécialisées



Taxe professionnelle

En tant qu'interne remplaçant, faut-il payer la taxe professionnelle ?

La Taxe Professionnelle (TP) concerne toute personne physique ou morale (entreprise ou profession libérale) exerçant une activité régulière non salariée dans un but lucratif.

La première année de remplacement, l'interne ou le remplaçant thésé n'est pas redevable de cette taxe.

Pour les années suivantes, elle est calculée en fonction du montant des recettes.

La deuxième année, le remplaçant est redevable d'une taxe réduite de 50 % mais dont la base est calculée sur une estimation des recettes basées sur l'année N-1. La troisième année est calculée sur 100 % de la première année.

L'un des critères majeurs définissant la personne soumise à la TP est l'activité régulière. C'est l'inspecteur des impôts qui décide, il n'existe pas de définition précise de ce qu'est une activité régulière dans le code des impôts. Ce qu'il faut en retenir est que s'il a fait moins de 4700 € de recettes, qu'il remplace moins d'un ou deux mois par an et que l'activité principale salariée est sa principale source de revenu, il pourra être exonéré de TP. Il faudra qu'il s'adresse à l'inspecteur des impôts pour expliquer sa situation et ainsi être exonéré.

Mais si l'administration fiscale lui réclame, il faut payer car c'est un impôt et tout retard entraîne des pénalités.

D'autres informations sont disponibles dans le guide « Remplacement en médecine générale (interne non thésé) », disponible sur le site interne de l'ISNAR-IMG.

Laure FIQUET,

Ancienne Chargée de Mission Villes du Nord de l'ISNAR-IMG

**Retrouvez
notre foire aux questions
sur www.isnar-img.com**



Bulletin bimestriel, gratuit

Rédactrice en chef : Patricia COSTA

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

286 Rue Vendôme 69003 LYON

Tél. 04 78 60 01 47 - Fax. 04 78 60 27 14

www.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 depuis 1999. Membre de la FAGE. Membre du Conseil Supérieur des Hôpitaux. Membre de la CNIPI.