

L'ANTIDOTE



LE JOURNAL DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

www.isnar-img.com - bimestriel gratuit - numéro 15 - mars / avril 2011

À La Loupe

Médecine et Société



Ici ou ailleurs

Stage Hippocrates
Bulletin de paie



ÉDITORIAL

Par Stéphane MUNCK,
Président de l'ISNAR-IMG.

Chers Adhérents, Chers Amis,

Comme vous le savez, l'actualité syndicale et politique est riche en ce printemps 2011.

La proposition de loi Fourcade vient d'être étudiée à l'Assemblée Nationale. Utilisant ce « vecteur » législatif, de nombreux députés ont souhaité introduire des amendements purement coercitifs. Un texte suggérait qu'à l'issue de sa formation, tout médecin exerce pour une durée d' « au moins trois ans » dans une zone sous-dotée ; un autre voulait interdire l'installation de nouveaux médecins dans les zones sur-dotées. Tous ces amendements ont été rejetés mais nous renforcent dans la nécessité d'être vigilants contre toutes mesures non incitatives et contre-productives mais aussi à continuer à proposer des solutions cohérentes à la problématique de la démographie médicale. L'enquête nationale réalisée l'année dernière et dont les résultats définitifs ont été publiés en est un des principaux outils.

Autre lieu, autre tension. Les négociations conventionnelles ont débuté le 7 avril. La convention est ce qui définit le cadre d'exercice de la médecine libérale, et ce pour 5 ans. Naturellement, en tant que représentants des médecins libéraux de demain, l'ISNAR-IMG est présente aux négociations. Cette présence, pourtant légitime aux yeux de la législation, et reconnue par l'UNCAM¹, a tout de même été vécue comme insupportable par 2 des 5 syndicats (CSMF² et SML³) qui ont donc quitté la table. Ces menaces ne doivent pas nous faire oublier que la convention qui sera signée sera celle de tous les internes actuellement en cursus et que pour pouvoir vous informer au mieux, nous nous devons d'être présents.

Nous savons que nous pouvons compter sur votre soutien tout comme vous pouvez compter sur notre vigilance pour que vos souhaits, maintes fois exprimés, soient entendus dans les chambres parlementaires ou autour de la table des négociations conventionnelles.

En attendant, je vous souhaite une bonne lecture de cet Antidote qui aborde, entre autres, les aides au transport et au logement, l'anniversaire des ARS ou encore la fiche de paie de l'interne.

¹ Union Nationale des Caisses de l'Assurance Maladie

² Confédération des Syndicats Médicaux Français

³ Syndicat des Médecins Libéraux

SOMMAIRE

Éditorial.....p. 2



Médecine et Société

Le guide "logements et transports"	p. 3
HPST version 2.0 : Le Projet de loi Fourcade	p. 4
Des évaluations aux choix de stage : Comment ça se passe ?	p. 5

À la loupe

Les Agences Régionales de Santé : Premier anniversaire	p. 6
Le Contrat d'Engagement de Service Public	p. 7
Les conférences de territoires	p. 8
Vers un guichet unique	p. 9



Ici ou ailleurs

Stage Hippocrates : Expérience anglaise d'une interne de Toulouse	p. 10
Le bulletin de paie, ce bel inconnu	p. 11

Question d'internes

Réunion de conciliation	p. 12
-------------------------------	-------





Le guide "logements et transports"

Comment obtenir un logement à l'internat ? Que faire quand il n'y a plus de places ? Puis-je demander un remboursement des frais de transports de mon domicile à mon lieu de stage ?

Pour tenter de répondre à toutes ces questions, nous avons élaboré, avec l'aide de vos représentants locaux, un guide pratique pour la mise en place d'aides au transport et au logement des internes de médecine générale lors des stages hospitaliers et ambulatoires.

Il a permis d'établir un état des lieux sur le logement des internes hospitaliers et ambulatoires en recensant les problèmes fréquemment rencontrés (absence d'internat, nombre de places insuffisant, accès impossible aux internes ambulatoires), mais aussi les solutions mises en place dans les différentes subdivisions (location de logements payés par le centre hospitalier, récupération de bâtiments de l'hôpital non utilisés).

**Un
guide pratique
pour la mise en
place d'aides au
transport et au
logement**

Si l'accès aux internats est parfois difficile à obtenir, il faut savoir que 48,3 % des services des affaires médicales des centres hospitaliers n'ont aucun critère précis pour attribuer les chambres d'internat. Pour répondre à cette problématique, nous

proposons donc que soit mise en place une commission d'attribution des logements avec un règlement signé entre les différentes affaires médicales et les structures locales représentatives des internes de médecine générale et des autres spécialités.

Pour le transport, il existe déjà de nombreuses aides : abonnements de train avec un remboursement jusqu'à 100 % des titres de transport, aides financières fixes par semestre pour les internes en stage chez le praticien, remboursement des frais de transport de 50 % par l'hôpital, aides au déménagement...

Vous pouvez demander à avoir accès à ces différentes aides auprès de vos hôpitaux, Conseils Généraux, Conseils Régionaux et Agences Régionales de Santé (ARS), en contactant ces instances directement, mais surtout en vous rapprochant de vos structures locales.

Facile à dire, nous direz-vous ! Mais qui contacter exactement ?

Pour faciliter vos démarches et donner plus de visibilité aux aides existantes, l'idéal serait de créer une plateforme régionale constituant l'interlocuteur unique des internes en matière de logements et de transports. En Basse-Normandie, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, le Conseil Général et l'ARS ont travaillé ensemble au sein de cet organe afin de loger tous les internes qui le désiraient selon la localisation de leur terrain de stage.

**48 % des centres
hospitaliers
n'ont aucun
critère précis
pour attribuer
les chambres
d'internat**

En ce qui concerne votre vie dans les internats, sachez que sur les 200 centres hospitaliers interrogés, seulement 41 % possèdent un accès internet permanent, 26 % un système de délocalisation des cours validants pour le DMG (les enseignements sont alors organisés soit par le DMG, soit par les Chefs des hôpitaux périphériques) et seuls 5 % des internes peuvent mettre leurs enfants dans les crèches de l'hôpital.

Le guide de l'ISNAR-IMG est disponible auprès des responsables de vos structures locales : demandez-leur de vous aiguiller si vous en avez besoin. Il est amené à évoluer dans les années qui viennent en raison du numerus clausus grandissant, mais aussi grâce à tout ce que vous mettrez en place !

Rosalie ROUSSEAU,
Chargée de Mission Statut de
l'Interne de l'ISNAR-IMG.



HPST version 2.0 : Le Projet de loi Fourcade

Faisant suite à une vaste concertation commencée en 2007 sur l'évolution des missions de l'hôpital, la répartition des professionnels de santé sur le territoire et leurs missions, la loi HPST a pris forme en 2009...

Cependant, dès la parution de la majorité des textes de loi en juillet 2010, sous la pression exercée par des syndicats médicaux, Mme Roselyne BACHELOT, Ministre de la Santé de l'époque, renonce à faire paraître au Journal Officiel certains décrets. C'est ainsi qu'une partie des dispositifs initialement prévus n'ont jamais été mis en application, tels l'obligation de déclaration des absences pour les médecins libéraux et la création des Contrats Santé Solidarité (CSS), lesquels auraient contraint les médecins déjà installés en zone médicalement sur-dense à exercer une à plusieurs demi-journées par mois dans une zone sous-dense sous peine d'amende. Mais ces textes, bien que non parus, et donc non-applicables en l'état, sont toujours de fait inscrits dans la loi. Et pour certains, cette « épée de Damoclès » n'est pas supportable.

**Un cadre
juridique à
l'exercice
pluriprofessionnel**

C'est donc dans un but de réviser ces dispositifs d'application difficile que le Sénateur Jean-Pierre FOURCADE proposait récemment une révision de la loi HPST.

Ce projet de loi, qui porte son nom, propose, entre-autres, trois mesures qui retiennent l'attention des internes et futurs praticiens que nous sommes :

1. Supprimer le caractère obligatoire de la déclaration d'absences programmées

De mise en application techniquement impossible en l'état selon les Conseils de l'Ordre eux-mêmes, la déclaration des absences pourrait être facultative, permettant éventuellement une aide au redéploiement des médecins remplaçants sur des territoires ponctuellement sous-dotés.

2. Modifier les Contrats Santé Solidarité

Alors que l'application des CSS pourrait intervenir à tout moment si le texte était laissé en l'état, une modification les rendant non-obligatoires supprimerait cet aspect perçu comme coercitif. De fait, la responsabilité de l'introduction d'un tel dispositif contraignant serait reportée sur la convention médicale, qui lie les médecins qui le souhaitent à l'Assurance Maladie, et qui est justement en ce moment même en cours de renégociation.

3. Construire un cadre juridique à l'exercice pluriprofessionnel

Cette mesure est certainement la plus résolument tournée vers l'avenir puisqu'elle pose les bases du travail interprofessionnel au sein des mai-

sons de santé. D'abord sur un plan comptable, grâce à une nouvelle modalité d'exercice en Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA), ensuite sur un plan fonctionnel en permettant le partage de l'information médicale du patient entre les professionnels engagés dans les soins de ce dernier.

**Révision
de la
loi HPST**

Le souhait d'un tel dossier informatisé était d'ailleurs exprimé par 95 % d'entre-nous lors de la récente enquête nationale.

Cependant, rien n'est encore figé car ce nouveau projet de loi, comme tout texte législatif, doit être examiné à deux reprises par l'Assemblée Nationale, le Sénat et leurs commissions spécialisées respectives avant d'être voté dans sa forme définitive... et enfin publié à son tour !

**Yann ZIEBA,
Porte Parole de l'ISNAR-IMG.**



Des évaluations aux choix de stage : Comment ça se passe ?

Le troisième cycle des études médicales est rythmé tous les 6 mois par des changements de stage. Cet événement est précédé d'une longue préparation par les différents acteurs locaux impliqués dans la formation des internes, mais c'est vous, internes de médecine générale, qui commencez cette préparation en évaluant vos stages.

Cette première étape permet à chaque interne de choisir son prochain terrain de stage en connaissant les conditions de travail, le type d'activité et la qualité de formation du service hospitalier ou des praticiens-maîtres de stage. Elle est également un des moyens, pour votre structure locale, de connaître les lieux de stage non formateurs ou problématiques et ainsi d'engager les moyens nécessaires pour tenter de corriger les dysfonctionnements voire de retirer l'agrément d'un stage.

Dans le même temps, votre structure locale travaille avec le Doyen de votre faculté, le DMG¹, l'ARS² et les différents centres hospitaliers de votre subdivision pour préparer le nombre et la répartition des terrains de stage qui seront proposés aux choix.

Depuis le 9 février dernier, l'Arrêté relatif à la commission de subdivision et à la commission d'évaluation des besoins de formation du troisième cycle des études de médecine fixe l'organisation de différentes commissions permettant ce travail en concertation.

■ **La commission d'évaluation des besoins** permet de donner un avis au Directeur Général de l'ARS (ou à son représentant) sur le nombre minimum de postes à ouvrir, chaque semestre, par spécialité

pour les internes de chaque discipline. Ainsi, elle permet d'assurer un nombre de terrains de stage cohérent avec les choix des spécialités des internes de la subdivision, et donc le bon déroulement des maquettes de formation de tous les internes.

Il est très important que vous communiquiez régulièrement avec vos représentants locaux sur la qualité des vos stages et sur vos besoins de terrains de stage

■ **La commission de subdivision en formation en vue de l'agrément** donne avis au Directeur Général de l'ARS (ou à son représentant) sur l'agrément des terrains de stage au titre de la spécialité médecine générale. C'est au sein de cette commission que votre structure locale étudie les

dossiers de demande d'agrément (type d'activité, matériel, activité de recherche...) et va visiter chaque site demandeur. Ce travail est réalisé pour chaque nouvelle demande ou renouvellement d'agrément, puisque celui-ci est valable pour une durée maximale de cinq ans.

■ **La commission en formation en vue de la répartition** propose au Directeur Général de l'ARS (ou à son représentant) la répartition des postes disponibles pour les internes de chaque discipline. Cette répartition vous est présentée à chaque semestre au moment des choix de stage.

Ces trois commissions se réunissent au moins deux fois par an et votre structure locale y est pleinement active puisqu'elle siège au sein de chacune d'elles avec voie délibérative. Il est donc très important, dans l'intérêt de tous, que vous communiquiez régulièrement avec vos représentants locaux sur la qualité de vos stages et sur vos besoins de terrains de stage particuliers (DESC, DU...). Ce n'est que de cette façon que vos représentants pourront préparer au mieux les choix de stage.

Charlotte VIRY,
Chargée de Mission Villes du Sud de l'ISNAR-IMG.

¹ Département de Médecine Générale

² Agence Régionale de Santé

Les Agences Régionales de Santé : Premier anniversaire

Officiellement mises en place le 1^{er} avril 2010, elles ont maintenant un peu plus d'un an. Les ARS ont dessiné un nouveau paysage de l'organisation de la santé en France en se voulant interlocuteur unique de la santé en région. Comment ont-elles déjà modifié notre internat et que prévoir dans l'avenir ?

Les ARS interviennent à tous les niveaux de l'organisation de l'internat. C'est à cet échelon qu'est proposé, pour chaque région, le nombre d'internes à former par spécialité. C'est aussi l'ARS, en concertation avec les affaires médicales du CHU, le Directeur du DMG, le Doyen, les représentants des hôpitaux périphériques et les représentants des internes, qui détermine les stages à ouvrir ou à fermer chaque semestre. Toutes ces actions étaient au préalable à la charge des DRASS, maintenant pleinement intégrées dans les ARS. Mais là rien de nouveau, ce ne fut qu'une histoire de chaise musicale.

Les internes de médecine générale sont souvent la seule voix de la médecine ambulatoire

Les ARS sont maintenant, en tant que regroupement de différentes instances administratives en charge de la santé, un levier important pour améliorer l'organisation des soins en région. Les internes y ont pris une

place qu'ils n'avaient pas auparavant, puisque des représentants de vos associations ou syndicats locaux sont intégrés dans leur fonctionnement tant au niveau régional (au sein des Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie) qu'au niveau infra-régional (au sein des conférences de territoires). Certes, ces réunions n'en sont qu'au stade de la réflexion et nous attendons encore de voir des actes qui amélioreraient vraiment notre vie d'interne et celle de futurs professionnels, mais déjà des projets sont prêts à se concrétiser, comme par exemple le guichet unique (ou plateforme d'appui aux professionnels de santé). Et comme les représentants des médecins libéraux n'ont pas encore tous été désignés dans ces comités, les internes de médecine générale sont souvent la seule voix de la médecine ambulatoire.

Depuis un an, outre quelques problèmes liés au remaniement d'instances administratives, les ARS avancent. Parmi les missions qui leur ont été confiées à leur création, elles sont chargées d'élaborer le Projet Régional de Santé (PRS), qui définit les actions de Santé Publique qui seront conduites en région dans les 5 prochaines années. Au sein de ce projet régional de santé, est élaboré le Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS).

Cette cartographie des besoins de santé de la population dans la région va nous être utile pour notre avenir. Elle nous permettra de savoir où se trouvent les autres professionnels de santé et quels sont les besoins de la population, pour que notre future installation soit efficiente et en accord avec notre projet professionnel. De ces SROS seront également déterminés les postes offerts aux candidats des Contrat d'Engagement de Service Public (CESP).

**Les ARS
sont un levier
important pour améliorer
l'organisation des soins
en région**

Les Agences Régionales de Santé fêtent leur premier anniversaire. Des projets sont en cours de concrétisation, d'autres demanderont encore beaucoup de réflexion, mais nous espérons que la voix des internes y sera toujours entendue, pour que les futurs professionnels que nous sommes soient toujours plus impliqués et en accord avec la politique régionale de santé.

**Sophie AUGROS,
Vice Présidente de l'ISNAR-IMG.**

Le Contrat d'Engagement de Service Public



Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) a été créé par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009. Il prévoit que les étudiants en médecine puissent bénéficier d'une allocation mensuelle à partir de la 2^{ème} année des études médicales. En contrepartie, ceux-ci s'engagent à exercer, à titre libéral ou salarié, dans une zone médicalement sous dotée pour une durée égale à celle durant laquelle ils auront perçu cette allocation.

Il s'agit de l'une des mesures incitatives mises en place pour lutter contre l'inégalité d'accès aux soins, qui rend nécessaire d'améliorer la répartition des médecins.

Les étudiants en médecine peuvent postuler à partir de la 2^{ème} année et jusqu'à la dernière année de l'internat.

Les contractants reçoivent une allocation d'un montant de 1200 euros brut par mois. La durée de l'engagement est égale à celle du versement de l'allocation et ne peut être inférieure à 2 ans (même pour un interne qui aurait signé en fin de cursus, ce minimum légal s'applique). Par exemple, un étudiant qui signe un contrat en PCEM 2 recevra la bourse pendant toute la durée de son cursus, soit huit années s'il choisit l'internat de médecine générale. Il devra ensuite exercer dans une zone sous dotée pendant les 8 années suivantes.

S'il souhaite se désengager au cours de ses études pour convenances personnelles, le contractant sera redevable de la totalité des sommes perçues et d'une partie du coût de ses études médicales (la somme exacte n'est pas définie à ce jour). S'il se désengage après avoir exercé un nombre d'années inférieur à celui de son contrat, il devra toujours rembourser la majorité de ce qu'il a perçu.

Après les ECN, les étudiants qui ont déjà signé un contrat choisissent leur

poste d'interne sur une liste nationale, établie sur la base des propositions des ARS, en fonction de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités. Cette liste sera élaborée à partir des indications formulées par les comités régionaux de l'ONDPS¹ (qui auditionne vos structures locales d'internes). A ce jour, les externes n'ont aucune certitude de pouvoir rester dans leur région d'externat pour faire leur internat.

Exercer dans une zone sous-dotée

Pour les internes, le choix des postes après leur formation se fait également sur une liste définie par les ARS. Ils n'ont actuellement aucune certitude d'avoir un poste dans leur région. Cette erreur devrait être corrigée cette année. En attendant, aucune modalité précise n'est définie pour la répartition des postes. Le principal critère reste le projet professionnel mais l'ARS peut imposer un mode d'installation différent de celui présenté dans le projet de l'interne.

En 2011, 400 contrats (200 pour les externes et 200 pour les internes) ont été proposés pour toute la France. Entre 150 et 200 contrats ont été signés. Ils ont pris effet à la rentrée 2010-2011.

Actuellement, le degré d'information sur le CESP est hétérogène selon les régions. En effet, alors qu'en Auvergne et dans le Centre, les ARS organisent des réunions d'information auprès des étudiants, les structures d'internes d'autres régions ont dû informer seuls leurs internes.

Le CESP est donc mal connu des étudiants alors qu'il apporte un élément de réponse au problème de la démographie médicale. Il semble donc important de développer la communication sur ce sujet.

De plus, il est primordial de le modifier notamment pour garantir aux étudiants et internes d'avoir un poste à la fin de leur cursus dans leur région.

Afin d'améliorer le procédé, le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé a recueilli, du 16 février au 20 mars 2011, à l'aide d'une enquête en ligne, l'avis des étudiants, des internes, des Doyens et de tout les autres responsables impliqués (faculté, ARS...). Les résultats de l'enquête nous permettront de définir les améliorations nécessaires au dispositif pour répondre aux attentes exprimées. Les premiers résultats de cette enquête sont attendus pour la fin du mois d'avril.

Charlotte RENAUT,
Chargée de Mission Formation
de l'interne de l'ISNAR-IMG

¹ Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé



Les conférences de territoires

ARS, CRSA, conférences de territoires... plusieurs sigles et termes dont vous avez probablement entendu parler et qui restent encore abstraits. Cet article a pour but de vous expliciter certains d'entre-eux et plus particulièrement le rôle des conférences de territoires.

Les ARS¹ ont ouvert leurs portes le 1er avril 2010 et au sein de chacune d'elles, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) qui compte parmi ses membres un représentant des internes.

Donner notre avis sur l'organisation des soins

Le Directeur Général de chaque ARS a procédé, après avis de cette commission, au découpage de la région en territoires de santé qui peuvent s'étendre sur une ou plusieurs subdivisions.

Dans chaque territoire siège une conférence de territoire qui doit mettre en cohérence la politique régionale de santé avec les besoins médico-sociaux de la population dont elle a la charge. C'est le lieu privilégié de concertation dans le territoire de santé.

Le rôle et la composition des conférences de territoires est défini dans le **décret n° 2010-347 du 31 mars 2010**. Elle doit se réunir au minimum deux fois par an et est composée d'acteurs de la santé et de la prévention ambulatoire et hospitalière. Regroupant jusqu'à 50 personnes, elle

réunit des représentants des professionnels de santé libéraux, dont un représentant des internes, des représentants des différents centres et établissements de santé sociaux et médico-sociaux, des organismes œuvrant pour la promotion de la santé et de la prévention, des représentants des usagers, des collectivités territoriales, de l'Ordre des Médecins... Les membres de la conférence élisent un Bureau et un représentant qui siègera à la CRSA.

La conférence de territoire émet des avis sur le programme du territoire, les contrats locaux de santé et des propositions sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du Projet Régional de Santé (PRS).

Ce PRS est formé d'un Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), de trois schémas (organisation des soins, organisation médico-sociale, prévention et réponse aux risques sanitaires) et de différents programmes d'application. Il a pour enjeu de développer des coopérations transversales entre les secteurs de la prévention, des soins ambulatoires et hospitaliers et de l'accompagnement médico-social, tout en étant cohérent avec le parcours de vie des personnes.

Le PSRS pose quant à lui le cadre général dans lequel s'inscriront les différentes actions de santé. Il établit un diagnostic de l'état de santé de la

population de la région et des différentes offres de soins, prévention, prise en charge de la perte d'autonomie et du handicap, ce qui lui permet ensuite d'identifier les priorités et objectifs pour la région. Il précise également les mesures de coordination avec les autres politiques de santé (PMI, santé au travail...) et organise le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PRS.

La présence d'un représentant des internes de médecine générale et des autres spécialités au sein de ces conférences de territoires nous permet de donner notre avis sur l'organisation des soins à un échelon infra-régional donc au plus près de ce qui nous concerne pendant notre formation mais également pour notre exercice futur.

*Lieu privilégié
de concertation dans le
territoire de santé*

Si vous souhaitez être représentant des internes au sein de la conférence d'un territoire dans lequel vous souhaiteriez exercer par la suite, contactez votre structure locale !

Marieke DAVION,
Chargée de Mission Publication
de l'ISNAR-IMG.

¹ Agences Régionales de Santé

Vers un guichet unique



En octobre 2008, l'ISNAR-IMG définissait le « Guichet Unique de l'Installation » comme l'interlocuteur unique des professionnels de santé à l'échelon régional. La mission principale envisagée était d'accompagner les professionnels de santé dans la construction de leur projet d'exercice en centralisant les données démographiques pour les diffuser avec pertinence. L'intérêt d'un outil unique était de créer entre tous les acteurs du système de soins les liens indispensables à la coordination de ce système. L'ISNAR-IMG demandait déjà que ce guichet constitue une mission de service public à la charge des Agences Régionales de Santé (ARS).

Aujourd'hui, l'appellation de guichet unique est un terme très en vogue. On parle ainsi de guichet unique pour les pôles de santé, guichet unique pour l'accueil des internes, guichet unique de l'installation...

Près de 2 ans et demi après la rédaction des propositions de l'ISNAR-IMG et 1 an après l'ouverture des ARS, le guichet unique de l'installation se met en place sous le nom de Plateforme régionale d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS). Ces plateformes ont pour objectif de faciliter les échanges entre les ARS, leurs partenaires (conseils départementaux et régionaux de l'Ordre des médecins, Unions Régionales des Professionnels de Santé, Facultés de médecine et instituts de formation des professions médicales et paramédicales, collectivités territoriales et organes de l'Assurance Maladie) et les professionnels de santé (en formation ou en exercice).

Les différents rôles de ces plateformes sont d'accueillir au sein d'une entité unique les professionnels de santé lors d'un projet d'installation, de les informer des démarches à effectuer et de leur donner les clés nécessaires à l'élaboration de ce projet afin que ce dernier soit le plus pertinent en

terme d'articulation du réseau de soins et pour répondre aux demandes des déserts médicaux.

Faciliter les échanges entre les ARS, leurs partenaires et les professionnels de santé.

Un autre rôle de ces plateformes sera d'informer en amont les futurs professionnels lors de leur formation initiale. Cette information devra se faire en partenariat avec les instances facultaires et les départements universitaires. Les PAPS seront aussi l'interface de transmission des informations administratives entre les futurs installés et les institutions (Conseils de l'Ordre, URSSAF¹, CPAM²...).

Tous ces rôles, ainsi que la mise en place matérielle de ces plateformes, font actuellement l'objet d'une réflexion au sein de laquelle les internes, par le biais de leurs représentants locaux, sont et doivent rester des interlocuteurs centraux. En tant que futurs professionnels, ils sont amenés à réfléchir aux questions relatives à l'installation en s'appuyant sur l'expérience de leurs aînés.

Selon le calendrier annoncé, les PAPS devraient être installées et opérationnelles à l'été 2011. Le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, M. Xavier BERTRAND, l'a rappelé lors du Congrès National des Internes de Médecine Générale organisé par l'ISNAR-IMG en janvier dernier à Deauville.

A nous tous de rester vigilants pour que cette brève échéance ne soit pas synonyme d'empressement, ni de mise en place hâtive de ces Plateformes régionales d'Appui aux Professionnels de Santé. Elles doivent être l'outil de référence pour les futurs professionnels de santé dans leur installation en ambulatoire.

Fanny CHAMBON,
Membre de l'ISNAR-IMG.

¹ Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

² Caisse Primaire d'Assurance Maladie



Stage Hippokrates : Expérience anglaise d'une interne de Toulouse

C'est avec l'envie de découvrir les soins de premier recours sous un autre angle que celui du « meilleur système de soins mondial » et de vivre la médecine générale ailleurs, que je me suis embarquée pour un stage Hippokrates.

Quand y aller ? Le stage chez le praticien m'a semblé être le moment idéal : il permet d'enrichir le stage en cours et de pas porter préjudice à un éventuel co-interne. J'ai choisi la date en fin de stage afin de mieux profiter de mon expérience là-bas, ayant un certain recul sur la profession en France, d'autant que les médecins anglais n'ont cessé de me poser mille et une questions sur notre organisation et la prise en charge des patients. Je me suis sentie plus à l'aise pour leur répondre au mieux. Cependant, j'ai aussi réalisé que mes connaissances de notre système de santé étaient limitées et qu'il me faudrait être plus curieuse à mon retour !



Où aller, comment décider, par où commencer ? Mes recherches ont commencé sur le site de Vasco de Gamma¹ (branche européenne de la WONCA) où de nombreuses destinations sont présentées. Il n'est malheureusement pas toujours à jour et parfois en maintenance. Je souhaitais partir dans un pays dont je

maîtrise en partie la langue afin de pouvoir en tirer un maximum de profit : mon choix s'est porté sur le Royaume-Uni avec son système de soins si critiqué. Qu'en est-il vraiment ? Après une première tentative infructueuse, le deuxième cabinet que j'ai contacté a été d'accord pour m'accueillir et m'a proposé un planning selon mes souhaits. A noter que la mise en place étant un peu longue, il vaut mieux s'y prendre plusieurs mois à l'avance pour être sûr que le projet puisse aboutir.

Mes journées se sont donc partagées entre les consultations des médecins, celles des « super infirmières » (infirmières ayant validé un diplôme complémentaire leur donnant davantage de responsabilités), les consultations spécialisées au cabinet avec un médecin généraliste orienté sur un sujet particulier, et celles d'un infirmier spécialisé, en coordination avec le service hospitalier. Dans mon cas, il s'agissait d'une consultation de diabétologie avec les patients qui posaient problème quant à leur équilibre glycémique. Ainsi, ils profitaient d'une prise en charge pluridisciplinaire à leur cabinet médical habituel. D'autres demi-journées ont été consacrées aux visites à domicile : avec les médecins, infirmiers, « paramédics » (profession

entre l'ambulancier, l'infirmier et l'urgentiste).

Le système est organisé pour permettre de libérer du temps médical

Tout le système est organisé pour permettre de libérer du temps médical : un coin « tension artérielle » avec posters de cocotiers et tensiomètre automatique, un secrétariat qui collecte les renseignements administratifs et antécédents. L'avenir de la France ?

J'ai eu la chance d'être hébergée chez l'interne du cabinet (leur stage chez le praticien dure 18 mois, donc il avait ses marques !). J'ai ainsi pu partager la vie d'un homologue anglais : réunions tutorées, révisions pour l'oral (et oui, chez eux ça continue jusqu'à la fin de l'internat !) et séances pédagogiques sur le relationnel, qui a une importance aussi grande que les connaissances dans leur cursus. Et bien sûr soirées, footing militaire, week-end découvertes : la vie en dehors du cabinet existe aussi, et en Angleterre les consultations finissent rarement après 18h !

Jennifer PHILLIPS,
Interne de médecine générale à Toulouse.

¹ <http://www.vdgm.eu/index.cfm/spKey/exchange.html>

Le bulletin de paie, ce bel inconnu



Chaque fin de mois, la réception de votre bulletin de paie occasionne en général une réaction en 3 temps : d'abord la satisfaction d'avoir reçu le salaire de votre dévouement à la Médecine Publique et à la Santé de la France, ensuite un coup d'œil à la rubrique « net à payer », enfin un rangement plus ou moins soigné dans le classeur étiqueté « papiers à conserver à vie », avec une pensée pour votre retraite que vous prendrez à 60 ans... Pourtant, ce précieux document recèle plusieurs informations plutôt utiles sur votre statut et votre fiscalité : voici quelques éléments de décryptage.

ATTENTION : je vous recommande de vous munir d'une fiche de paie pour lire cet article.

LES PARTS VERSEES

1. Le traitement de base médical

Il s'agit d'émoluments (salaires fixes, non dépendant du nombre d'heures travaillées). Leur montant annuel est fixé par décret pour chaque année d'études. Si l'on divise par 12 on obtient 1375,51 € en première année, 1522,82 € en deuxième année et 2112,37 € en troisième année.

2. L'indemnité de sujétion

Elle est égale à 371,23 € par mois pour les internes en 1^{ère} et 2^{ème} année. C'est une prime destinée à compenser des conditions particulières de travail (de nuit, le dimanche, ou dans des situations géographiques particulières). Elles sont propres à certaines administrations, dont l'administration hospitalière.

3. Avantages en nature

Leur valeur en euros est consignée sur la fiche de paie. Les avantages en nature sont des formes de rémunération en direct prises en charge par l'employeur. Ils concernent le logement et la nourriture. Ils ne sont pas déduits du salaire mais leur valeur doit figurer sur la fiche de paie et être déclarée aux impôts. La case « cumul annuel imposable » comprend donc le cumul des nets imposables et des avantages en nature.

LES PARTS DEDUITES

Diverses cotisations sociales : Sécurité Sociale, CSG, retraite...

LES PARTS NI DEDUITES, NI VERSEES

Il s'agit des parts patronales juste pour que vous sachiez combien votre employeur verse à l'état chaque mois pour vous.

LES TOTAUX

1. Rémunération totale brute (RTB) = traitement de base + indemnité de sujétion.

2. Net à payer = RTB – cotisations – autres retenues + gardes.

3. Mensuel imposable net = Net à payer + avantages en nature.

DIVERS

1. Conservez vos fiches de paie jusqu'à la fin de votre activité pour faire valoir vos points retraite. Sachez qu'un trimestre d'internat = 1 trimestre cotisé, alors que lorsque vous étiez externes, il fallait 4 trimestres travaillés pour 1 trimestre cotisé.

2. Si vous n'êtes pas nourri et/ou pas logé vous avez droit à une **petite prime**. (27,69 € par mois si non logés, 55,53 € si non nourris soit 83,22 € par mois si non logé et non nourri).

3. TRES IMPORTANT : Si les avantages en nature ne sont pas compris dans le cumul annuel imposable, vous devez alors les signaler sur votre feuille de déclaration d'impôts sur la même ligne que le total annuel imposable. En cas de calcul des « frais réels », ils ne sont pas à compter dans ceux-ci mais toujours à déclarer avec le total annuel imposable.



J'espère que ces informations vous suffiront ; si vous avez besoin d'informations complémentaires, un document plus complet sur la lecture de la fiche de paie est disponible en annexe du guide logements et transports remis à votre structure locale. N'hésitez pas à en parler avec vos représentants.

François CHIRON,
Interne de médecine générale à Grenoble.



Réunion de conciliation

J'ai eu des difficultés avec un médecin que j'ai remplacé. Le Conseil de l'Ordre m'a convoqué à sa demande pour une réunion de conciliation. Qu'est-ce que c'est et dois-je m'y rendre ?

Tout d'abord, nous te conseillons fortement de te présenter à cette réunion de conciliation.

Pour appuyer notre réponse, nous nous sommes référés au contrat type de remplacement fourni par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, que tu trouveras facilement sur leur site.

Dans ce contrat, les modalités de conciliation et d'arbitrage entre les deux parties signataires sont précisées aux articles 9 et 10.

L'article 9 précise que « tous les litiges ou différends relatifs notamment à la validité, l'interprétation, l'exécution ou la résolution du présent contrat, seront soumis avant tout recours à une conciliation confiée au Conseil départemental de l'Ordre des médecins, en application de l'article R.4127-56 du code de la santé publique (article 56 du code de déontologie médicale). »

Et l'article 56 du code de déontologie médicale précise que « Non seulement c'est une recommandation de bon sens, mais plus encore une obligation : le médecin doit rechercher une conciliation, il s'agit là d'une règle déontologique. Le médecin qui s'y soustrait peut se le voir reprocher par la juridiction disciplinaire. Les bons contrats passés entre médecins la prévoient d'ailleurs dans une clause spécifique. »

De plus cet article précise le rôle de cette réunion de conciliation : « La délégation dont ils (le ou les représentants du conseil de l'ordre) sont chargés leur permet parfois plus facilement - et à l'abri des éléments passionnels ou des sentiments d'amour propre excessif - de rechercher une solution consensuelle qu'ils auront la charge de faire avaliser par leurs mandants sous la forme d'un procès-verbal signé par chaque intervenant. En cas d'échec, le procès-verbal de non-conciliation constituera un document important pour les suites tant disciplinaires que judiciaires éventuelles. »

Le Conseil de l'Ordre des Médecins est un intermédiaire tout à fait légitime dans ce type de conflit, et nous te conseillons fortement de les contacter en amont et ensuite de t'y rendre.

Sophie AUGROS,
Vice Présidente de l'ISNAR-IMG.



Le 22 juin 2011

Pré-conférence "Jeunes chercheurs" organisée par FAYR-GP à Nice
Renseignements et inscriptions sur www.fayrgp.org



Du 23 au 25 juin 2011

5^{ème} Congrès de la Médecine Générale France à Nice

Renseignements et inscriptions sur <http://congres-mg.overcome.fr>



Bulletin bimestriel gratuit

Rédactrice en chef : Marieke DAVION

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 424 972 305 00025 – Code APE 9420Z - 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 et de la CPNES.