

L'ANTIDOTE



LE JOURNAL DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

www.isnar-img.com - bimestriel gratuit - numéro 19 - janvier / février 2012



13^e

Congrès National des Internes de Médecine Générale : **LE BILAN**

Médecine et Société

- ▶ Recherche et Médecine Générale
- ▶ Maisons de Santé
- ▶ Retraite

Ici ou ailleurs

- ▶ Commission Médicale d'Etablissement
- ▶ L'internat de Médecine Générale vu par des externes



ÉDITORIAL

Par Charline BOISSY,
Présidente de l'ISNAR-IMG.

Cher(e)s adhérent(e)s, cher(e)s ami(e)s,

Un Antidote pour dresser un bilan et pour regarder vers l'avenir.

« Profession : Médecin Généraliste » est le thème qui a réuni à Lyon près de 800 internes pour une journée et demie de congrès. Le dynamisme des débats donne à l'ISNAR-IMG le souffle nécessaire pour vous représenter et vous défendre. Les axes de travail sont définis au long cours par le conseil d'administration mais le congrès reste un moment privilégié pour l'émergence de nouvelles idées. Je voulais donc profiter de cette tribune pour remercier tous les participants.

Notre avenir à court terme est assurément marqué par les élections présidentielles qui placent la médecine de premier recours au centre des débats. Il ne se passe pas une semaine sans qu'un candidat ou ses représentants n'évoque cette question. Tout reste possible et imaginable pour l'avenir de notre profession. Notre objectif est de faire coexister nos souhaits avec les besoins de la population. Nous ne cesserons de défendre la liberté de chaque médecin à choisir librement son mode d'exercice. Comprendre et participer au débat actuel sont des enjeux primordiaux qui nous concernent tous. Vous trouverez au fil des pages des éléments pour vous y aider.

La défense de notre filière universitaire naissante est une autre priorité. Les praticiens universitaires sont encore peu nombreux et doivent faire face à des difficultés qui nous poussent à rester vigilants. La qualité de l'enseignement et de la recherche en soins primaires constitue une priorité pour préserver l'attrait et la visibilité de notre discipline.

Cet Antidote dresse un bilan du congrès et aborde donc quelques points essentiels pour ouvrir la réflexion.

Je vous souhaite une bonne lecture.

SOMMAIRE

Éditorial.....p. 2



Médecine et Société

La Maison de Santé : un autre mode d'exercice libéral.....p. 3

La recherche et la médecine générale : est-ce bien compatible ?.....p. 4

Parlez-moi de retraite !.....p. 5

À la loupe

13^e Congrès National des Internes de Médecine Générale : Le bilanp. 6

► *Prix Alexandre VARNEY : Edition 2012*.....p. 6

► *Table ronde : « Quand la Médecine Générale réinvente l'internat... »*p. 7

► *Atelier : « Universitarisation de la Médecine Générale : un retour aux sources »*p. 7

► *Atelier : « On a tous besoin d'un médecin près de chez soi »*.....p. 8

► *Atelier : « La coopération interprofessionnelle : quelle drôle d'idée ! »*.....p. 8

► *Atelier : « Soins, Enseignement, Recherche : un Pôle pour tous »*.....p. 9

► *Table ronde : « Prescription : je t'aime, moi non plus »*.....p. 9



Ici ou ailleurs

Les CME : Quoi ? Qui ? Pourquoi ?.....p. 10

L'internat de médecine générale vu par des externes à Paris.....p. 11

Question d'internes

Interne enceinte.....p. 12





La Maison de Santé : un autre mode d'exercice libéral

Selon l'article L.6323-3 du Code de Santé Publique modifié par la Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires de 2010 (loi dite HPST), « [la] maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L.1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L.1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L.1434-2. Il est transmis pour information à l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

De cette définition légale, il faut retenir que les maisons de santé sont des structures de soins de premier recours constituées au minimum de deux médecins et d'un professionnel paramédical, et organisées autour d'un projet de santé qui vise à améliorer l'accès aux soins des patients du bassin de population desservi.

*Lieu privilégié
d'expérimentation
de nouvelles
pratiques dans
l'organisation des
soins*

L'intérêt de ces maisons par rapport aux précédentes associations de professionnels de santé est la possibilité de bénéficier de financements publics pour leur création ou leur

fonctionnement. Avec la définition des SROS¹ ambulatoires et afin de se voir octroyer ces financements, les maisons de santé doivent présenter un projet de santé structuré dans le cadre d'une politique régionale concertée d'accès aux soins. A partir de celui-ci, les professionnels de santé doivent réaliser un projet professionnel qui présente la réalisation et l'articulation de leurs missions au quotidien.

Outre les missions de soins, dans de nombreuses régions, il est demandé aux professionnels, d'intégrer aux projets de maisons de santé une mission d'enseignement en devenant terrain de stage pour des futurs professionnels médicaux ou paramédicaux.

Enfin, ces maisons de santé sont le lieu privilégié de l'expérimentation de nouvelles pratiques dans l'organisation des soins comme les projets de prévention, les nouveaux systèmes d'échange d'informations (télémédecine,...) ou encore les nouveaux modes de rémunération. Dans le cadre de l'ensemble de ces

missions, les maisons de santé peuvent être fédérées avec d'autres professionnels ou d'autres structures de soins au sein de pôles de santé.



Si l'Etat s'est engagé début 2010 à financer la création de 250 maisons de santé, il n'est pas possible à l'heure actuelle d'avoir une vision précise du nombre de ces maisons déjà en activité ou de projets en cours. En effet, chaque région sous la coordination de son ARS a mis en place un fonctionnement propre dans la gestion des créations de ces structures et les chiffres nationaux varient en fonction des critères retenus.

Thibaut RAGINEL,
Porte Parole de l'ISNAR-IMG.

¹ Schémas Régionaux d'Organisation des Soins



Recherche et médecine générale : Est-ce bien compatible ?

Il y a 10 ans, la WONCA Europe¹ définissait la médecine générale (MG). On y retrouve six compétences fondamentales que sont : la gestion des soins primaires, les soins centrés sur la personne, l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes, l'approche globale, l'orientation communautaire et enfin l'adoption d'un modèle holistique. Cela nécessite une approche critique basée sur la recherche et maintenue par une formation continue et une amélioration de la qualité.

La MG a une position privilégiée dans certains domaines de recherche tels que l'épidémiologie clinique d'une population ou des signes précoces de maladie ou du suivi à long terme. Elle est aussi la spécialité phare pour étudier la rencontre médecin-patient, que ce soit sur la complexité de cette rencontre, son interactivité ou encore son organisation.

On peut espérer que le développement de la filière universitaire de MG permette l'essor de la recherche

La recherche biomédicale n'est valorisée qu'au travers des publications indexées dans de grandes bases de données et pondérées par l'impact factor. La MG demeure le parent pauvre des spécialités médicales et la France dans ce domaine n'est pas encore à la hauteur de ses voisins anglais ou hollandais. Néanmoins ses acteurs, qui ne sont pas exclusivement médecins tentent de lancer la dynamique. On peut citer

les sociétés savantes (CNGE², SFMG³ et SFTG⁴), les départements universitaires et les réseaux de veille sanitaire. Malheureusement, il n'existe pas à ce jour de « recensement » des projets de recherche en MG, ce qui limite la lisibilité et la coordination des projets existants. Le groupe « recherche » du Collège de Médecine Générale s'est donné pour mission de créer ce « research agenda ». De plus, trop peu d'internes valorisent leur thèse par la production d'article.

La création de la filière universitaire de MG en 2007 a permis de développer un statut de chef de clinique universitaire comprenant une part de soin à mi-temps en ambulatoire (installation ou collaboration, mais aussi remplacement ou exercice salarié), une part de recherche et une part d'enseignement réparties sur le mi-temps restant.



Notre filière universitaire est encore jeune et on peut espérer que son développement permette l'essor de

la recherche en France. En effet la MG a obtenu quatre PHRC⁵ en 2011, ce qui contribuera au développement et à la reconnaissance de projets de qualité.

*La MG
a une position privilégiée
dans certains domaines de
recherche*

Pendant seuls 82 des 3500 chefs de cliniques de France sont issus de notre filière et leur avenir à court terme est largement compromis par l'absence de statut leur permettant de poursuivre décemment leurs projets en post-clinicat.

Pour d'avantage d'informations vous pouvez contacter FAYR-GP (French Association of Young Researchers in General Practice) : www.fayrgp.org ou ReAGJIR (Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants) : www.reagjir.com, auquel l'association des chefs de clinique de MG s'est intégrée récemment.

Fanny CASANOVA,
Chargée de Mission Villes du Sud de l'ISNAR-IMG.

¹ Société Européenne de médecine générale - médecine de famille, branche régionale de la WONCA (Organisation mondiale des médecins de famille)

² Collège National des Généralistes Enseignants

³ Société Française de Médecine Générale

⁴ Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

⁵ Programme Hospitalier de Recherche Clinique

Parlez-moi de retraite !



Vite, organisons-nous, la retraite c'est dans moins de... 45 ans ! Que nous apprend-on de la retraite pendant notre DES¹ ? Il faut cotiser, c'est obligatoire. Mais encore ... Comment s'organiser lorsque les seules informations sortent de la bouche de nos maîtres de stage heureux de nous accueillir, entre-autres, parce que « c'est vous, les jeunes, qui payerez notre retraite » ? Voici donc un résumé de ce qui se présente à nous.

En médecine libérale, à l'heure actuelle, le système de retraite est centralisé par la CARMF². C'est un système de retraite par répartition (« je cotise pour les actuels retraités en attendant qu'on cotise pour moi »), basé sur trois piliers : le régime de base, le régime complémentaire et l'ASV³. La cotisation des deux premiers est proportionnelle au BNC⁴ (calculé à partir du chiffre d'affaire). C'est la version « gagner plus pour cotiser plus », mais aussi pour recevoir plus à long terme. L'ASV est un système mixte avec un forfait de base et, depuis la convention de 2011, une part proportionnelle au BNC. La particularité de l'ASV est que la CNAM⁵ prend en charge 66 % des cotisations pour nous remercier d'être médecin en secteur 1 et donc de respecter les tarifs opposables (C=23 €).

Comme tout vient à point à qui sait attendre, après des décennies de notre passionnant labeur, notre tour viendra ! Et pour calculer la pension de retraite, rien de plus simple : cotiser rapporte des points et ces points ont une valeur (fixée par décret). On en déduit l'équation suivante : nombre de points x valeur du point = pension de retraite.

La théorie est simple, mais en pratique ? Sans plonger dans la vénerologie, parlons... argent ! Chiffrer la cotisation moyenne d'un médecin libéral n'est pas aisé en raison de la diversité des pratiques, du rythme de travail, de la spécificité de chaque régime de retraite, etc. Elle correspond en moyenne à 20 % du BNC, avec de grandes disparités. La pension de retraite moyenne d'un médecin en 2011 est de 2 600 € par mois, dont 39 % sont issus de l'ASV, mais...

L'ASV, avantage ou attrape-nigaud ? Comme expliqué plus haut, ce régime, très préférentiel il y a quelques années, est financé aux deux tiers par les caisses d'Assurance Maladie. Dans le contexte actuel de départ à la retraite massif, d'augmentation de l'espérance de vie et du plus faible nombre de médecins cotisants, c'est un gouffre pour l'assurance maladie. Une réforme sur trois points a donc été actée :

augmentation de la cotisation forfaitaire, instauration d'une cotisation proportionnelle et diminution de la valeur du point. Comment savoir si l'ASV est toujours avantageuse, à moyen ou long terme ? Au vu des débats suscités chez nos confrères, on n'a pas fini d'en entendre parler.



Mais peut-être avez-vous prévu de faire des folies de votre retraite et une pension plus importante pourrait vous être nécessaire. Des régimes complémentaires existent, gérés par des organismes privés, qui vous permettent de percevoir une rente supplémentaire. Les exemples en sont multiples et autant éviter la publicité dans notre cher Antidote.

Pour plus de conseils, renseignez-vous auprès des premiers concernés : nos confrères retraités.

Emmanuel BAGOURD,
Vice Président de l'ISNAR-IMG.

**L'ASV,
avantage ou
attrape-
nigaud ?**

¹ Diplôme d'Études Spécialisées

² Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

³ Allocation Supplémentaire Vieillesse

⁴ Bénéfice Non Commercial

⁵ Caisse Nationale d'Assurance Maladie

13^e Congrès National des Internes de Médecine Générale :

LE BILAN

Les 20 et 21 janvier derniers, vous avez été près de 850 participants, à Lyon, au Centre des Congrès pour la 13^{ème} édition du Congrès National des Internes de Médecine Générale intitulé « Profession : médecin généraliste ».

Après un petit déjeuner local, nous nous sommes réunis pour la cérémonie d'ouverture au cours de laquelle Madame Nora BERRA, Secrétaire d'Etat à la Santé, a réaffirmé l'importance de la médecine générale en insistant sur le recrutement des maîtres de stage ambulatoires. Elle a confirmé la poursuite d'une démarche incitative active en faveur de l'exercice ambulatoire en zone rurale.

Tout au long du Congrès se sont enchaînés les tables rondes et les ateliers présentés dans cet Antidote. N'oublions pas la soirée de gala, forte de ses 500 convives, ainsi que la lauréate du prix Alexandre VARNEY, Alice Mathieu, pour son excellent travail de thèse. Nous espérons que vous avez apprécié le menu composé de vins et mets régionaux.

Cependant, nous regrettons vivement l'annulation du débat politique initialement prévu avec les partis politiques français le vendredi soir, l'UMP n'ayant pas été représentée...



Nous tenons à vous remercier pour votre présence et vos interventions passionnantes lors des tables rondes et des ateliers. Cette édition fut de nouveau un succès grâce aux trois structures locales, le SyReL-IMG, le SSIPI-MG et ARAVIS qui ont su faire de cet événement un moment d'échange unique entre acteurs actuels et futurs des soins de premier recours.

Sofia PERROTIN,
Chargée de Mission organisation du Congrès de l'ISNAR-IMG.



Le prix Alexandre VARNEY : Edition 2012

Depuis 8 ans l'ISNAR-IMG remet lors du congrès National des Internes de Médecine générale un prix à un interne ou jeune médecin généraliste pour un travail valorisant notre spécialité. Cette année a encore été riche ! Les domaines abordés étaient vastes : un cas clinique dans un dispensaire en Afrique, le « burn out » des internes, l'auto-prescription chez les médecins généralistes, la démographie médicale, le stage chez le praticien en 2^{ème} cycle et la prise en charge des patients migrants.

Pour le jury, composé par François-Xavier SCHWEYER, sociologue et écrivain, co-auteur de Singulier généra-

liste, Alexandra NOGUEZ, ancienne présidente du SIMBAN¹ et Administratrice de l'ISNAR-IMG et moi-même, le choix fût très dur. Toutes les présentations valorisent notre profession, veulent l'améliorer, en comprendre les tenants et les aboutissants.

« Ça donne envie d'être un meilleur médecin généraliste. »

La gagnante du prix 2012 est Alice MATHIEU, jeune remplaçante dans le Nord qui a présenté sa thèse « *Prise en charge des patients migrants en médecine générale* ». Lors de la remise du prix, une phrase est sortie droit du cœur,

témoignant l'enthousiasme du jury : « *Ça donne envie d'être un meilleur médecin généraliste.* »

Merci à tous les participants de nous avoir fait appréhender les multiples facettes de notre beau métier et félicitations à Alice qui a reçu une œuvre d'art ainsi que 1 000 €. Vous pouvez vous aussi, dès à présent, envoyer vos travaux à l'ISNAR-IMG pour l'édition 2013 du prix Alexandre VARNEY.

Charlotte DUMEZ,
Ex Trésorière Adjointe de l'ISNAR-IMG.

¹ Syndicat des Internes de Médecine Générale BAS-Normands



Table ronde - « Quand la médecine générale réinvente l'internat... »

Des réflexions à poser sur la médecine générale et son histoire récente, celle de l'internat et des internes, ont constitué cette table ronde.



Nos invités¹ d'horizons divers sont venus nous faire partager des regards d'institutionnel, d'universitaire et de soignant. Ces dernières années, l'internat a connu de grandes évolutions : l'enseignement et les stages ont tenté de s'adapter aux internes et au métier de médecin généraliste, dans une perspective

plus « professionnalisante ». L'apprentissage par compétences aurait même tendance à influencer l'enseignement des autres spécialités ! L'histoire récente de la médecine générale en France est mouvementée : hissée au rang de spécialité en 2004 puis de discipline universitaire en 2007, elle n'en a pas encore toutes les prérogatives. Par exemple, elle n'a pas encore sa propre « sous-section » au sein du Conseil National des Universités. Cela n'est d'ailleurs même pas envisageable puisqu'aucun généraliste, comme l'ont confirmé nos intervenants, ne siège actuellement dans cette institution. Est-ce un détail ou l'un des enjeux de demain ? Comment rester dans une

dynamique d'amélioration ? Le débat a souligné que les choses ne sont pas encore parfaites.

A l'heure actuelle, le nombre d'enseignants généralistes dans les Facultés est insuffisant pour garantir une formation égale et de qualité aux internes. L'augmentation du nombre de stages ambulatoires dans la maquette n'est pas une réalité partout. Il semble que vigilance, réactivité et prudence restent de mise pour continuer à façonner l'internat de médecine générale...

 **Agnès PELTIER,**
Chargée de Mission de
l'ISNAR-IMG.

¹ Pr DRUAI (Président du Collège de la Médecine Générale) ; Pr PRUVOT (Président de la Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat) ; Pr WEILLER (Président de la sous-section 53.01 du Conseil National des Universités) ; Dr LAPORTE (CCU-MG).

Atelier - « Universitarisation de la médecine générale : un retour aux sources »

Cet atelier a permis de faire un lien entre la formation médicale sous l'Ancien Régime et la formation actuelle.

**Reconnaissance
en tant que
spécialité**

On retrouve des similitudes dans les formations en terme de pluridisciplinarité, mais aussi dans sa professionnalisation. Les débats ont mis en évidence les avantages de l'« universitarisation » pour la formation pratique ou théorique et la recherche mais également les lacunes.

Le statut de Maître de Stage des Universités apporte une reconnaissance, mais leur nombre reste insuffisant et leur recrutement, une prérogative de l'université.

Le développement de la filière universitaire par le nombre de chefs de clinique est indispensable pour que l'enseignement soit fait par des professeurs pratiquant la médecine générale au quotidien.

La mise en place du système Licence – Master – Doctorat en santé passe par des enseignements adaptés pour permettre à terme la création d'enseignements communs.

Par la constitution d'un réseau d'investigateurs en ambulatoire, l'Université sera un moteur pour la recherche en médecine générale mais



aussi un lien avec les autres spécialités. L'université est un lieu commun de recherche centralisant plusieurs disciplines en rapport ou non avec la santé, traduisant sa pluridisciplinarité.

L'intégration universitaire apporte à la médecine générale une reconnaissance en tant que spécialité mais surtout, par une meilleure formation, une amélioration globale de la santé de la population.

 **Rémy DIESNIS,**
Trésorier de l'Association de
Moyens de l'ISNAR-IMG.



Atelier - « On a tous besoin d'un médecin près de chez soi »

La problématique de l'atelier était la démographie médicale. Actuellement, ce sujet est au cœur des débats avec notamment des projets de lois proposant des mesures coercitives.

Nécessité de réfléchir ensemble afin d'éviter la coercition

Après avoir exposé l'évolution des chiffres de ces dernières années illustrant la répartition sur le territoire des médecins généralistes, nous avons présenté leurs limites en

démontrant qu'ils ne reflètent pas la réalité du terrain. Puis nous avons souligné l'importance du rôle des patients dans les réflexions relatives à l'organisation des soins. Enfin nous avons rapporté les solutions trouvées dans différents pays en commençant par celles qui n'avaient pas été efficaces pour finir par celles qui avaient fait leurs preuves.

Le Dr SCHWEYER, Docteur en sociologie, nous a éclairés sur l'évolution de la démographie médicale, les facteurs qui l'influencent et les décisions politiques qui l'ont modelée.

M. LEGAL, Vice Président du CISS¹ Rhône-Alpes nous a rapporté les attentes des patients vis à vis des médecins généralistes.



Enfin, le Docteur LOUVET, Maire de Viviers, (4000 habitants, en Ardèche) a défendu en tant qu'élu local les mesures coercitives comme seule solution aux problèmes de démographie médicale. La salle a exprimé son désaccord sur ce point et nous avons conclu sur la nécessité de réfléchir ensemble à d'autres solutions afin d'éviter ce type de mesures.



Lucy ALLEN,
Trésorière de l'ISNAR-IMG.

¹ Collectif Inter associatif Sur la Santé

Atelier - « La coopération interprofessionnelle : quelle drôle d'idée ! »

L'atelier : « la coopération interprofessionnelle : quelle drôle d'idée ! » a redéfini la coopération comme le travail des professionnels de santé en connaissance mutuelle des missions et des compétences de chacun afin d'assurer une prise en charge cohérente, globale et efficiente des patients.

Le terme « interprofessionnel » regroupe les professions médicales, paramédicales et les pharmaciens. Les

jeunes et futurs médecins généralistes désirent travailler en groupe mais le peu de coopération provient-il d'un désintérêt ou d'une méconnaissance ?



Restent à définir les termes de délégation et de transfert. Nous avons considéré que la responsabilité est transférée et que la tâche est déléguée.

Les intervenants ont souligné la nécessité de travailler en connaissance des compétences de chacun dans une relation transversale et complémentaire. La limite majeure

au développement des coopérations est l'absence de modèle économique (actuellement restreint au paiement à l'acte) et assurantiel.

Le débat a insisté sur le renforcement du dialogue entre les professionnels par des enseignements interprofessionnels dès la formation initiale. La notion de référent pour le patient au sein de l'équipe est à développer. Enfin des coopérations se font à toutes les échelles (de la triade pharmacien-médecin-infirmière aux territoires de santé) et n'attendent que la mise en place de nouveaux modes de rémunération pour devenir réalité.



Fanny CASANOVA,
Chargée de Mission Villes du Sud de l'ISNAR-IMG.

Enseignements interprofessionnels dès la formation initiale



Atelier - « Soins, Enseignement, Recherche : un Pôle pour tous »

Les chefs de clinique Josselin **LEBEL** et Paul **FRAPPÉ** sont intervenus pour évoquer avec nous cette thématique. Le concept d'un pôle de santé ambulatoire universitaire ambulatoire (PSUA) est apparu avec le développement des pôles et maisons de santé sur le territoire regroupant des professionnels souhaitant travailler ensemble pour l'amélioration de leur

idéales pour développer l'enseignement et la recherche.

Les PSUA pourraient améliorer la qualité des stages ambulatoires en favorisant la coopération interprofessionnelle et en initiant les étudiants à une pratique centrée sur les besoins d'une population, dans des locaux adaptés. En recherche, ils permettraient par le logiciel commun d'information un recueil de données épidémiologiques, et surtout l'investigation par le recrutement de patients présentant les critères d'inclusions définis dans les projets de recherche. L'enjeu de ces pôles est important mais de nombreuses questions restent en suspend : ni les critères de labellisation universitaires, ni la taille idéale ne sont encore établis. De même, un écueil majeur à éviter sera la création de « mini-Centres Hospitalo-

Universitaires » qui se couperaient des autres structures ambulatoires et produiraient une recherche moins pertinente.



La réflexion se poursuit et des pôles de ce type verront probablement le jour...

 **Romaric ANDRÉ,**
Chargé de Mission Statut de l'Interne de l'ISNAR-IMG.



Entités idéales pour développer l'enseignement et la recherche

pratique du soin. Mais ces structures pourraient être également les entités

Table ronde - « Prescription : je t'aime, moi non plus »

En réponse aux scandales médiatiques autour des médicaments, les pouvoirs publics ont réagi via les Assises du médicament puis la loi sur le médicament¹ fin 2011. Qu'en pensent les jeunes médecins, futurs prescripteurs ? Comment prescrire de manière adaptée ? Sommes-nous suffisamment « armés » pour être à l'aise avec la prescription ?

Après avoir insisté sur les déterminants de formation médicale initiale, nous avons rappelé que de nombreux déterminants intrinsèques et extrinsèques influencent notre prescription.

Le Dr Marie **FLORI**, Maître de stage et enseignante au DUMG² de Lyon nous a informé sur sa pratique quotidienne de la prescription et son regard sur celle des internes. Le Dr Philippe **SCHILLIGER**, rédacteur de la revue Prescrire, et le Dr Anthony **CHIRON**, pharmacien d'officine donnant des cours de compétences partagées entre les



étudiants en médecine et en pharmacie de Nantes, nous ont également apporté leurs visions.

Malheureusement, ni les Pouvoirs Publics (HAS³ et Ministère de la Santé), ni le représentant de l'industrie pharmaceutique invités n'ont souhaité participer au débat.

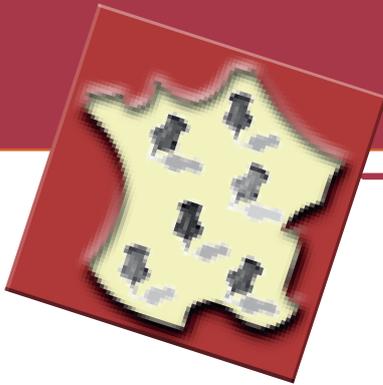
Pendant la discussion avec la salle nous nous sommes rendu compte de l'importance d'améliorer notre formation à la prescription dans l'intérêt du patient.

 **Rosalie ROUSSEAU,**
Secrétaire Générale Adjointe de l'ISNAR-IMG.

¹ LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé

² Département Universitaire de Médecine Générale

³ Haute Autorité de Santé



Les CME : Quoi ? Qui ? Pourquoi ?

Définition : la Commission Médicale d'Établissement (CME) est l'instance représentative de la communauté médicale au sein d'un groupe hospitalier.

Sa composition

La CME est composée de membres avec voix délibérative parmi les chefs de pôles et de services, les praticiens hospitalo-universitaires, les praticiens hospitaliers, les praticiens attachés, les chefs de clinique, les internes et parfois les sages-femmes. D'autres n'ont qu'une voix consultative (personnels paramédicaux, directeur hospitalier, personnels administratifs, doyens d'Université ou leurs représentants, invités...).

Les membres ainsi que le président sont élus pour une durée de 4 ans (exception faite des représentants des internes pour laquelle le renouvellement est semestriel).

En tant qu'interne, siéger en CME permet d'établir un dialogue privilégié avec la hiérarchie médicale et les instances administratives

En ce qui concerne les internes, il existe un représentant pour chacun des 4 collèges : spécialité de médecine générale, des autres spécialités médicales, d'odontologie

et de pharmacie. Il peut donc y avoir jusqu'à 4 représentants des internes. La CME se réunit en général 4 fois par an avec un ordre du jour prédéfini, et peut être divisée en sous-commissions. Chacune d'entre elles a alors en charge des points spécifiques : la COPS (sous-commission relative à l'Organisation de la Permanence des soins), la CTEM (sous-commission du Temps et des Effectifs médicaux), la sous-commission du Développement Professionnel Continu, etc.

Son rôle

Depuis la loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoire) de 2009, ces commissions ont un rôle consultatif concernant le projet médical, les investissements et les restructurations, la politique de développement médico-social, le règlement intérieur, la formation de pôles de soins... Elle est informée de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), du bilan annuel des tableaux de service, de l'organisation des soins et la formation des personnels médicaux (dont les internes) ainsi que du recrutement et de la nomination du personnel médical. Le rôle des internes est de promouvoir l'essor et la qualité de la formation hospitalière, faire respecter les droits de l'interne et des patients, prendre part aux projets de soins à moyen ou long terme et aux diverses théma-

tiques de la vie hospitalière. La CME contribue à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi qu'au bon fonctionnement des services et des pôles. Bien que son rôle ne soit que consultatif, les décisions prises en son sein sont souvent suivies d'effet au plan administratif.

Pourquoi y siéger ?

En tant qu'interne, pouvoir siéger en CME permet d'établir un dialogue privilégié avec la hiérarchie médicale et les instances administratives. Cela permet, au même titre et avec autant d'importance que tous les autres membres, de participer aux décisions et à la politique médicale de l'établissement, et parfois après de longues négociations de revaloriser notre statut d'interne.

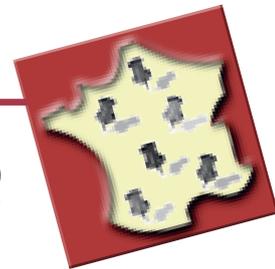
Pour être candidat

Si vous souhaitez en savoir plus et proposer votre candidature, renseignez-vous auprès de votre structure locale et du bureau des affaires médicales de votre établissement hospitalier à chaque début de semestre.

Julien VARENNE,
Trésorier du SRP-IMG¹ et représentant des IMG au sein de la CME du GH Ambroise Paré et de la CME centrale de l'AP-HP.

¹ Syndicat Représentatif Parisien des Internes de Médecine Générale

L'internat de médecine générale vu par des externes à Paris...



Pauline I. et Audrey B., étudiantes en DCEM2 à l'Université Pierre et Marie Curie, ont accepté de nous donner leur vision de l'internat de médecine générale (MG).

Que sais-tu de l'internat de MG ?

Pauline. Je crois qu'il dure trois ans, qu'on doit effectuer des stages aux urgences, en pédiatrie ou gynécologie, chez le praticien, en gériatrie et un stage libre. On peut faire deux pauses de six mois au cours de cet internat¹. J'ai eu ces informations surtout par des internes de MG rencontrés en stage.

Audrey. Par des internes ou des étudiants de DCEM4², je sais seulement qu'il n'est pas nécessaire d'être bien classé à l'ECN pour y accéder, qu'il comporte des stages obligatoires et permet ensuite d'exercer en ville ou dans le privé (mais sans certitude...). En tous cas, je ne connais pas de médecin généraliste à l'hôpital public.

" un stage en cabinet pourrait être intéressant pendant l'externat "

Ta Faculté dispense-t-elle une formation en rapport avec la MG ?

Pauline. Nous n'avons pas eu ce type de formation donc je ne peux pas vraiment répondre. Je sais que seulement quelques étudiants en DCEM peuvent faire un stage chez un praticien et je trouve cela dommage. Il serait intéressant de laisser aux personnes la possibilité d'effectuer ce stage pendant environ un mois (par exemple en été) pour voir comment cela se présente sur le terrain !

Audrey. La Faculté propose des stages chez les praticiens en DCEM4 mais je ne sais pas s'il y a un module d'enseignement de MG prévu. Si je voulais faire de la MG, j'aurais aimé bénéficier d'un stage en cabinet, mais aussi assister à des réunions avec des praticiens exerçant dans des conditions et des milieux différents pour avoir un aperçu du quotidien et des détails pratiques (rémunération, difficultés à s'installer...).

Selon toi, quels sont les avantages et inconvénients existant à choisir la MG ?

Pauline. Les avantages : vision globale du patient, suivi à long terme, possibilité d'exercer à l'hôpital en tant que praticien attaché, liberté concernant le choix de la ville après l'ECN, le temps libre.

Les inconvénients : répétition des pathologies et « bobologie », moins de possibilité de se mettre à jour dans ses connaissances en cabinet par rapport à l'hôpital et un côté frustrant à diriger un patient vers un spécialiste !

Audrey. Les avantages : réel suivi du patient à long terme, diversité des pathologies, relative autonomie quant à la pratique de la médecine (absence de hiérarchie hospitalière, congés libres si on a trouvé un remplaçant,...) et liberté d'exercer à peu près où on veut.

Les inconvénients : la « bobologie », « envoi » au spécialiste quand

complicé et pas de formation aussi continue qu'à l'hôpital.

" il faudrait intervenir assez tôt dans le cursus pour expliquer ce qu'est la MG "

Quelles seraient tes suggestions pour promouvoir l'internat de MG ?

Pauline. Je pense qu'un stage en cabinet pourrait être intéressant pendant l'externat. Il faudrait également nous expliquer tout ce qui s'ouvre à nous après un internat de MG car à notre niveau ce n'est pas très connu.

Audrey. Le problème dans l'esprit de certains est qu'ils considèrent les généralistes comme ayant échoué à l'internat et ayant pris « ce qu'il restait ». Selon moi, c'est l'une des spécialités les plus difficiles si elle est bien exercée. Il faudrait intervenir assez tôt dans le cursus pour expliquer ce qu'est la MG et garder des stages chez le praticien pour les DCEM4 et les volontaires voulant se faire une idée plus tôt dans le cursus.

Propos recueillis par Laëtitia GIMENEZ, Chargée de Mission Publication de l'ISNAR-IMG.

¹ Ndr : renouvelable une fois

² 4^{ème} année du deuxième cycle des études médicales



Interne enceinte

Je suis actuellement interne et enceinte et je voulais savoir si je prends des congés annuels pendant les 4 mois de stage où je suis présente, est-ce que cela m'invalide mon stage ou non ? Les réponses que j'ai obtenues auprès de mes instances ne sont pas très claires... Auriez-vous un texte officiel ?

En effet le Code de Santé Publique à l'article R 6153-20 définit les critères de validation de stage des internes de médecine :

« Lorsque, au cours d'un semestre, un interne interrompt ses fonctions pendant plus de deux mois au titre des articles R 6153-13 à R 6153-18, R 6153-25, R 6153-26, ou R 6153-40 ou s'absente pendant plus de deux mois dans des conditions qui lui font encourir les sanctions disciplinaires prévues au deuxième alinéa de l'article R 6153-6, le stage n'est pas validé. »

Ces différents articles cités font respectivement référence au congé maternité, congé maladie, service national, disponibilité et suspension dans l'intérêt du service.

Les congés annuels ne sont pas cités dans l'article précédent car ils sont quant à eux définis par l'article R 6153-12 comme tel :

« L'interne a droit à un congé annuel de trente jours ouvrables, le samedi étant décompté comme jour ouvrable ; au cours de ce congé, il perçoit les rémunérations mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article R 6153-10. La durée des congés pouvant être pris en une seule fois ne peut excéder vingt-quatre jours ouvrables. »

Ainsi, la prise de tes congés annuels sur tes 4 mois de stage ne peut en aucun cas justifier une quelconque invalidation de ton stage. En effet les congés annuels sont en quelque sorte considérés, comme dans tous les emplois, comme du temps de travail rémunéré. Tu peux donc prendre tes congés annuels sans crainte durant tes 4 mois de présence.

Néanmoins, si ton stage ne peut-être invalidé à ce titre, je te conseille d'en discuter avec ton chef de service ou ton maître de stage pour t'assurer que les objectifs pédagogiques pourront bien être remplis.

Anne-Sophie BOTALLA-PIRETTA,
Chargée de Mission Villes du Nord de l'ISNAR-IMG.

EXPÉRIENCE À L'ÉTRANGER

Envie de partir ? Un programme d'échange européen pour les Internes en Médecine Générale - Encadré par un maître de stage étranger - D'une durée de 15 jours - Dont la langue officielle est l'anglais - Dans lequel 17 pays européens participent : il s'agit du programme **HIPPOKRATES !**

Déjà parti ?
Partagez avec nous votre expérience à l'étranger pour notre guide à paraître très prochainement !

Contact :
international@isnar-img.com



Bulletin bimestriel gratuit
Rédactrice en chef : **Laetitia GIMENEZ**
Contact : publication@isnar-img.com - Tél. 04 78 60 01 47
Imprimerie : **Aprime**, 69100 VILLEURBANNE
ISSN 2117-6760

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).
Déclaré représentative depuis 1999. Membre de la FAGE. Membre du Conseil Supérieur des Hôpitaux. Membre de la CNIPI et de la CPNES.