



www.isnar-img.com

■ MÉDECINE & SOCIÉTÉ

- Référents à l'installation
- Mais qu'est-ce qu'un Centre de Santé ?
- Le statut de l'interne en clair

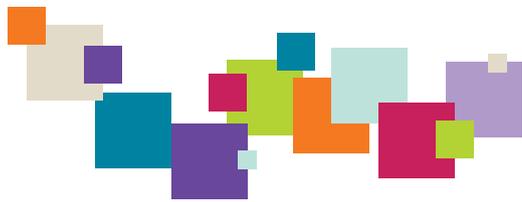
■ ICI OU AILLEURS

- La HAD à Angers
- La journée de la promotion de Médecine Générale à Tours

■ À LA LOUPE

- 1^{er} congrès de Médecine Générale francophone de l'Océan Indien : un réel succès !
- Le pourquoi et le comment de l'apprentissage par compétence
- Se former à la recherche en médecine générale : tout un programme !
- RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique





ÉDITO



Julien POIMBŒUF
Président de l'ISNAR-IMG.

Chers internes, chers amis,

Le Bureau de l'ISNAR-IMG s'est renouvelé le 23 juin lors de son Conseil d'Administration qui réunissait les représentants de vos villes à Toulouse. Emmanuel BAGOURD, Président depuis juin 2012, a quitté son poste sous les applaudissements. Nous ne pouvons qu'être reconnaissants de son engagement auprès des internes de médecine générale tout au long de l'année. Sa ténacité et la mesure de ses propos ont notamment permis d'améliorer les conditions de travail des internes avec la création de la prime de responsabilité pour les internes en SASPAS, la création d'une indemnité de transport pour les internes en stages ambulatoires... Je lui souhaite « bon vent » pour la suite de son internat et le remercie personnellement pour son dévouement.

« Nouveau Bureau, même cap ». Le nouveau Bureau de l'ISNAR-IMG, sous l'égide de son Conseil d'Administration, travaillera dans la continuité de la politique engagée depuis de nombreuses années. Les chantiers qui nous attendent sont passionnants. Il nous est offert la possibilité d'écrire la formation des internes de demain. Celle-ci devra apporter aux étudiants les outils nous permettant d'être des professionnels compétents à la sortie de l'internat, suivant le métier choisi. Nous avons donc cruellement besoin de rendre notre internat plus professionnalisant, tant avec notre maquette qui devrait comporter plus de semestres dans notre spécialité, qu'avec nos cours dits « théoriques ».

L'Antidote restera un moyen de communication privilégié. Une version électronique sera disponible dès la rentrée prochaine. N'hésitez pas à nous faire des retours sur les articles, et nous faire part de vos idées !

L'ensemble du nouveau Bureau de l'ISNAR-IMG est ravi de pouvoir travailler avec vos représentants et reste à votre disposition.

Amicalement.

SOMMAIRE

Médecine & Société

Référents à l'installation	3
Mais qu'est-ce qu'un Centre de Santé ?	4
Le statut de l'interne, en clair	5

À LA LOUPE

1 ^{er} congrès de Médecine Générale francophone de l'Océan Indien : un réel succès !	6
Le pourquoi et le comment de l' «Apprentissage par compétence»	7
Se former à la recherche en médecine générale : Tout un programme !	8
RCSA : Récit de Situation Complexe Authentique	9

ICI ou AILLEURS

La HAD à Angers	10
Journée de la promotion de Médecine Générale à Tours	11

QUESTION D'INTERNE

Programme Hippocrates	12
-----------------------------	----

Agenda	12
---------------------	----

RÉFÉRENTS à l'installation

Le 13 décembre 2012, Madame la ministre de la santé, Marisol TOURAINE, a présenté son « Pacte Territoire Santé ». Celui-ci a fait suite à un travail de concertation de tous les acteurs de la santé en France, des praticiens aux patients en passant par les syndicats professionnels et structures jeunes.

Le but de ce programme est de pallier les inégalités d'accès aux soins sur le territoire en axant son travail sur les soins de proximité. Parmi les mesures annoncées, l'ISNAR-IMG s'est félicitée de la mise en place des référents à l'installation, défendue depuis 2008.

Le 19 janvier 2013, devant les internes de médecine générale réunis au

Il pourra nous orienter dans les démarches à réaliser pour s'installer, proposer l'ensemble des aides disponibles, locales comme nationales, spécifiques à chaque cas particulier. Malgré un parcours classique, chaque installation possède ses propres spécificités qui nécessiteront une expertise à acquérir par les référents notamment en ce qui concerne

Les référents à l'installation sont une des mesures, qui, intégrée dans une démarche globale d'aide et d'accompagnement, aura une influence sur les problèmes de répartition intra-régionale des professionnels de santé par leur connaissance des territoires au niveau local. L'ISNAR-IMG restera attentive à la qualité des interlocuteurs de vos structures locales et suivra les initiatives locales qui permettront d'étendre les mesures bénéfiques.

Un travail a d'ailleurs déjà été réalisé pour regrouper l'ensemble des aides à l'installation nationales et quelques exemples d'aides locales qui ont déjà montré leur efficacité. En Auvergne, le directeur général de l'ARS a annoncé un nombre d'installations plus important que le nombre de départs en 2012 (43 contre 37). Pour aller plus loin, l'ISNAR-IMG propose la création de guichet unique regroupant en un même lieu l'en-



Congrès de l'ISNAR-IMG, la ministre a annoncé la nomination d'un référent par région au sein des ARS¹ pour le 1^{er} février 2013. Les référents ont bénéficié d'une formation par la DGOS². Présente lors d'une rencontre avec eux au Ministère, l'ISNAR-IMG leur a remis une fiche définissant ce qu'est un interne et leur a présenté les attentes des internes de médecine générale.

L'objectif des référents est de permettre à chaque interne d'accéder à une personne ressource identifiée et joignable pour répondre à l'ensemble des questions des jeunes médecins souhaitant s'installer en ambulatoire.

les différents modes d'exercice de la médecine générale ambulatoire.

Connus de tous, les référents seront sollicités par vos structures locales afin d'intervenir dans leur soirée de formation ou forum de l'installation qu'elles proposent pour compléter votre formation médicale initiale.

Par leur action dynamique et proactive en direction des internes, les référents s'approprient les difficultés que les internes n'envisagent pas et compléteront leurs connaissances.

Les référents à l'installation sont un complément des PAPS³ de chaque région. Par l'expérience acquise, ils pourront en réaliser une mise à jour au fur et à mesure.

... répondre à l'ensemble des questions des jeunes médecins...

semble des structures à contacter pour une installation. Une simplification des démarches permettra également de diminuer la barrière à franchir entre le remplacement et l'installation, principal frein retardant l'installation des jeunes médecins seuls ou en groupe.

Rémy DIENIS

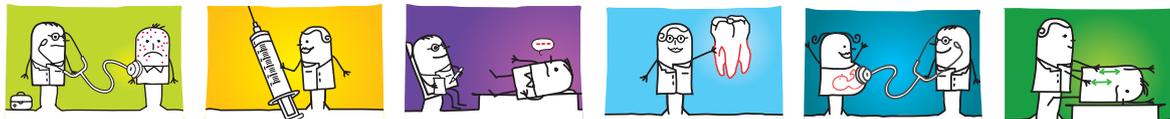
Ex Secrétaire Général de l'ISNAR-IMG.

1 - Agence Régionale de Santé

2 - Direction Générale de l'Offre de Soins

3 - Plates-formes d'Appui aux Professionnels de Santé (site internet)

Mais qu'est ce qu'un centre de santé ?



Quand on parle de mode d'exercice groupé en médecine générale, on entend souvent le terme de centres de santé (CDS)... A ne pas confondre avec les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels, les CDS répondent à une définition particulière et à un exercice ambulatoire différent du libéral sur lesquels nous souhaitons vous apporter quelques éclaircissements.

La loi HPST¹ de 2009 définit les CDS, via l'article L6323-1 du code de santé publique, comme des « structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers » (soit le tiers payant).

Les médecins exerçant en CDS sont salariés de la structure, ils ne sont pas rémunérés à l'acte comme dans le système libéral classique mais à la fonction comme à l'hôpital.

Les CDS peuvent être créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé. Le statut de leurs créateurs / gestionnaires peut donc être le suivant : association loi 1901, municipalité, organisme mutualiste, congrégation religieuse, caisse d'assurance-maladie ou établissement de santé. Par ailleurs, les CDS peuvent être de plusieurs types selon les soins qui y sont dispensés : médicaux, dentaires, infirmiers ou polyvalents.

En 2007, un recensement national avait mis en évidence l'existence

de 1457 CDS sur le territoire français répartis comme suit : 507 CDS dentaires, 518 CDS infirmiers, 168 CDS médicaux et 264 CDS polyvalents.

Néanmoins, quelque soient leur mode de gestion et leur type, les CDS suivent tous le même projet : faciliter l'accès aux soins et favoriser une pratique regroupée et coordonnée.

Un an après la redéfinition des CDS dans le code de santé publique, un décret et un arrêté en date du 30 juillet 2010 ont permis de cadrer les conditions de fonctionnement, le projet de santé et le règlement intérieur, auxquels doivent répondre tous les CDS. Pour rester dans le concret, voici les grandes lignes de leur fonctionnement :

- ils sont ouverts à tous ;
- ils ont la possibilité d'organiser des visites au domicile des patients ;
- ils proposent des activités ambulatoires hors chirurgie ;
- ils assurent la continuité des soins et l'information du public ;
- ils disposent par patient, d'un dossier médical unique et partagé ;
- ils garantissent la confidentialité des données de santé ;
- ils sont en conformité avec les

règles de sécurité et d'hygiène ;

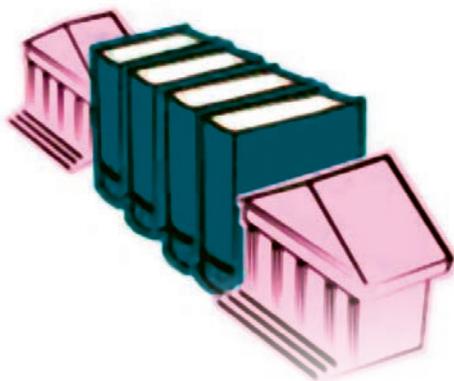
- ils sont tenus d'élaborer un règlement intérieur.

Enfin, la loi prévoit que les CDS soient des lieux de stage pour la formation des différentes professions de santé. Il est donc possible que certains d'entre vous aient fait ou soient amenés à faire leurs stages ambulatoires de niveau 1 ou 2 dans un CDS ! Dans ce cas, n'hésitez pas à faire remonter les évaluations à vos structures locales pour que ces terrains de stage se développent. Vous trouverez les coordonnées de vos représentants par ville sur le site www.isnar-img.com

Dans une logique de pratique ambulatoire toujours plus adaptée et diversifiée de la médecine générale, ces structures représentent donc une alternative au monde libéral. Elles peuvent répondre à certains profils ou désirs de futurs médecins tels que le salariat, l'exercice de groupe et pluri professionnel, la délégation des charges administratives, des pratiques de prévention et de santé publique valorisées...

Laëtitia GIMENEZ
Trésorière de l'ISNAR-IMG.

Le statut de l'interne en clair



Code de la Santé Publique, décret d'application, journal officiel... Tous ces mots vous font peur et pourtant ils vous protègent ! Petit tour d'horizon de vos principaux droits.

DOIS-JE VRAIMENT PASSER MA VIE À L'HÔPITAL ?

L'interne doit passer la totalité de son temps à ses activités médicales ! Cela ne s'invente pas, c'est écrit dans la loi. Après avoir usé les bancs de la bibliothèque universitaire et à peine fini de laver vos mains pleines de fluo, maintenant, filez à l'hosto et que ça saute ! C'est régime visites, contre-visites, staffs et gardes vingt quatre heures sur vingt quatre, sept jours sur sept.

Evidemment non ! Nous ne devons pas travailler plus de quarante-huit heures par semaine réparties en onze demi-journées : **neuf demi-journées d'exercice effectif de stage et deux demi-journées par semaine consacrées à nos cours ou à la thèse.** Ces dernières peuvent être regroupées dans la limite de douze jours consécutifs.

Un interne a aussi le droit à des vacances : trente jours ouvrables, qui sont cumulables dans la limite de vingt-quatre d'affilée, le samedi étant décompté comme un jour ouvrable.

SI JE FAISAIS UNE PAUSE ?

L'internat peut aussi être l'occasion de faire autre chose et d'interrompre son cursus en prenant une disponibilité. Il suffit d'en faire la demande, 2 mois avant la

date de début envisagée, auprès du CHU¹.

Seule condition pour en bénéficier: avoir validé au minimum 2 semestres pour une disponibilité pour convenance personnelle, qui peut être ramené à un seul semestre dans le cadre d'un projet professionnel particulier. C'est le CHU qui accorde ou refuse une disponibilité, notamment s'il y a trop de demandes sur un même semestre.

C'est aussi une pause dans la rémunération de l'interne, prévoyez donc d'autres revenus.

A l'issue de sa disponibilité, l'interne est réintégré dans son centre hospitalier régional de rattachement.

PRENEZ GARDE !

Un planning de garde se fait avec un minimum de 5 internes. Si vous êtes moins, faites des plannings « à trou » ! Le service de garde normal comprend un jour par semaine et un dimanche ou jour férié par mois. Toute garde supplémentaire se fera sur la base du volontariat. La période de travail ne peut excéder 24 heures (journée dans le service plus garde) et doit être suivie d'un repos compensateur obligatoire d'un minimum de 11 heures.

Attention, le travail à l'hôpital lors d'un repos compensateur n'est pas couvert par la respon-

sabilité civile professionnelle. Si vous faites une erreur médicale, il s'agira alors d'une faute détachable du service, autrement dit vous serez seul responsable pénalement. De plus, si vous êtes victime d'un accident de la route suite à un excès de fatigue, il ne sera pas considéré comme un accident de travail, aucune indemnité ne vous sera reversée. Un seul mot d'ordre : **NE TRAVAILLEZ JAMAIS LORS DE VOS REPOS DE GARDE !**

CHÉRI, J'AI ENVIE DE FRAISES !

Vous avez envie d'agrandir votre foyer pendant l'internat, vous pouvez bénéficier d'un congé de maternité, où est garanti le maintien de la rémunération. D'autre part, vous pouvez continuer à aller en stage sans craindre de perturber le service en effectuant celui-ci en surnombre (contactez votre structure locale pour plus de renseignements).

A partir du 3^e mois de grossesse, vous êtes dispensée de garde. Les papas ne sont pas en reste et peuvent également demander des congés paternité.

Guillaume POGU
Porte Parole de l'ISNAR-IMG

¹ - Centre Hospitalo-Universitaire

1^{er} congrès de Médecine Générale francophone de l'Océan Indien : un réel succès !



CONGRES FRANCOPHONE DE MEDECINE GENERALE DE L'OCEAN INDIEN
26 & 27 AVRIL 2013

Fin avril, s'est tenu le premier congrès de Médecine Générale francophone de l'Océan Indien, à Saint-Denis de La Réunion. Sous l'égide du Collège de la Médecine Générale, les thèmes abordés étaient variés et englobaient les différentes facettes de notre spécialité, autant que les particularités locales. Plusieurs parcours étaient proposés : enseignement, recherche, actualités du soin et exercice professionnel.

Ce congrès a été organisé par le tout nouveau Département Universitaire de Médecine Générale de la Réunion, dirigé par le Dr Jean-Marc FRANCO, avec le soutien du CHU¹ récemment créé sur l'île, et le financement de l'URPS Océan Indien. C'est aussi le premier congrès intégralement financé sans le sou-



ten de l'industrie pharmaceutique. Ce fut l'occasion pour nous de rencontrer des internes et des MSU² réunionnais pour échanger autour d'un buffet ou d'un cocktail, dans un magnifique site aux ambiances créoles sur les hauteurs de la ville.

Bien que départements français, La Réunion et Mayotte ont gardé d'importantes particularités du fait de leur situation géographique, mais aussi de leur passé colonial de culture de la canne à sucre et de la vanille par des esclaves. On pense rapidement au Chikungunya, et

aux maladies infectieuses. Il faut aussi s'adapter à l'inversion des saisons par rapport à la métropole, pour les épidémies de grippe par exemple.

La société réunionnaise est passée en moins de trente ans de la misère à un mode de vie occidental. Ce bouleversement économique et social très rapide se traduit aujourd'hui par des caractéristiques démographiques importantes.

- Le nombre de diabétiques y est particulièrement élevé. D'ailleurs, le taux de sucre dans les yaourts sera baissé en 2014 afin de s'aligner à celui de la métropole.
- Les patients n'ont pas toujours le réflexe de consulter même dans les contextes de périnatalité.
- Quinze pour cent des habitants sont illettrés et les violences conju-

gales sont 2 à 3 fois plus fréquentes dans ce département que dans le reste de la France.

Un travail sanitaire important est en développement, en coopération entre tous les acteurs de la vie sanitaire et sociale, mais aussi avec le CHU qui développe des réseaux ville-hôpital. De nombreuses communications ont été l'occasion de découvrir toutes ces particularités du soin dans l'Océan Indien.

En termes d'enseignement et de recherche, des ateliers ont présenté des outils concrets : analyse de

données sous Excel[®], bibliographie sous Zotero[®]. D'autres ont présenté la recherche en ambulatoire et le moyen pour les médecins d'y participer. Enfin, ils ont cherché à motiver de futurs directeurs de thèses au moyen d'un atelier dédié.

La subdivision Océan Indien a été créée en 2004, lors de la création des ECN³, et restait dépendante de l'Université de Bordeaux II. Grâce à la création de l'UFR⁴ santé en 2010, et du CHU en 2011, son autonomie s'amorce progressivement. Dès l'année prochaine, les internes seront inscrits à l'université de la Réunion, et non plus à Bordeaux. Ils pourront y effectuer l'intégralité du 3^e cycle, y compris la thèse. Le récent DUMG⁵ s'inscrit au cœur de ces bouleversements. ***L'Océan Indien sera-t-elle la première université à mettre la Médecine Générale à égalité avec les autres spécialités en terme d'Enseignement et de Recherche ?***

La prochaine édition est prévue dans 2 ans. C'est l'occasion de prévoir de belles vacances au soleil sur cette merveilleuse île.

<http://www.congresmgoi.com/>

En espérant vous y voir nombreux !

Isabelle ETTORI-AJASSE
Secrétaire Générale de l'ISNAR-IMG

(L'ISNAR-IMG n'a pas pris en charge le transport de ses membres pour cet événement).

1 - Centre Hospitalo-Universitaire
2 - Maître de Stage Universitaire
3 - Épreuves Classantes Nationales
4 - Unité de Formation et de Recherche de l'Université
5 - Département Universitaire de Médecine Générale

Le pourquoi et le comment de l'« Apprentissage par compétence »



Lors de votre première rencontre avec les enseignants de médecine générale de votre faculté, vous avez découvert le portfolio et les traces d'apprentissage que vous devez compiler. RSCA¹, ECOS²... voilà des acronymes inconnus jusqu'alors.

Toutes ces notions sont sous-tendues par un concept pédagogique auquel nous n'avons pas été initiés dans nos études. L'apprentissage par compétences, ou paradigme **d'apprentissage** s'oppose dans l'approche pédagogique au paradigme **d'enseignement** que nous avons connu tout au long de nos études. Ils sont pourtant complémentaires. En effet les connaissances ou savoirs disciplinaires (cardio, pneumo...) sont le préalable indispensable au développement de compétences. Celles-ci correspondent à l'apprentissage de l'exercice réel qui se faisait « sur le tas » pour nos aînés lors de leurs premières années de remplacements, et qui s'intègrent progressivement à notre formation d'interne.

L'apprentissage par compétences n'est pas un concept inédit. Il a été adopté depuis les années 1970 par les systèmes scolaires de nombreux pays du monde. Les objectifs fondamentaux de cette pédagogie à l'école sont de permettre aux élèves de réussir leur vie en société et d'être employable sur le marché

du travail. Par exemple, la philosophie, au-delà de la connaissance des auteurs et des courants de pensée, permet d'acquérir la capacité de prendre part à un débat et de s'auto-évaluer. Ces objectifs sont transposables au cursus de médecine générale : nous apprenons d'abord l'anatomie, la physiologie, la sémiologie puis l'externat et l'internat nous amènent à mettre en pratique ces connaissances et la finalité de l'enseignement de médecine générale, centré sur les compétences, a pour objectif de former des professionnels prêts à intégrer le système de soins.

Le conseil de l'Europe avait défini une compétence comme : « **une combinaison de connaissances, d'aptitudes et d'attitudes appropriées à une situation donnée** », c'est la définition la plus simple qui ait été trouvée. Le CNGE³ la définit ainsi : « *c'est un savoir agir complexe, en lien avec le contexte d'apprentissage ou d'exercice, qui intègre plusieurs types de ressources et qui permet, à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes, mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné* ». Il a identifié 6 compétences génériques à partir du référentiel métier du médecin généraliste, mises en forme dans un schéma appelé « **marguerite des compétences** »⁴ :

- Professionnalisme ;
- Premier recours, incertitudes, urgences ;
- Continuité/suivi, coordination des soins autour du patient ;
- Éducation/prévention/dépistage, santé individuelle communautaire;
- Prise en charge globale/complexité ;
- Relation/communication, approche centrée patient.

Ces compétences et le référentiel métier doivent être les références exploitées dans chaque trace d'apprentissage. Elles constituent le dénominateur commun pour tous les enseignants et les tuteurs.

Nous espérons que ces éléments vous aideront à vous approprier votre formation, pour que la constitution du portfolio vous soit le plus profitable possible. Pour aller plus loin, vous pouvez consulter notre guide de l'apprentissage par compétences sur le site de l'ISNAR-IMG.

Sophie GARCIA
Vice Présidente de l'ISNAR-IMG

1 - Récit de Situation Complexe Authentique
2 - Evaluation Clinique Objective Structurée
3 - Collège National des Généralistes Enseignants
4 - www.cnge.fr

SE FORMER à la recherche en médecine générale : TOUT UN PROGRAMME !



Se former à la recherche... Pourquoi ?

- Pour ne pas s'arracher les cheveux à chaque étape de son travail de thèse : « *La biblio, par quel bout la prendre ?* » « *Les stats, au secours j'y comprends rien !* » « *La triangulation des données, et pourquoi pas un rectangle ?* » ;
- Pour savoir comment chercher les réponses aux questions que nous nous posons tous les jours dans notre pratique, au cabinet, en stage, etc. ;
- Pour s'habituer à avoir un œil critique sur ce que l'on nous apprend ;
- Pour les nostalgiques des cours de probabilités que nous avons eu en premier cycle (si si, je vous jure, il y en a !), ou les passionnés de sociologie, de pédagogie, d'informatique... Bref, pour élargir son horizon au-delà du soin.

Des formations courtes

Si vous souhaitez apprendre les bases et être rapidement polyvalent : les formations courtes sont pour vous !

Il y a d'abord les formations au sein de votre département de médecine générale. Elles sont surtout faites pour vous aider dans votre travail de thèse.

L'association des jeunes chercheurs en médecine générale (FAYR-GP) propose aussi des formations à destination des internes et jeunes médecins généralistes :

→ « *L'école d'automne* » FAYR-GP se déroule sur 2 jours sous forme d'ateliers interactifs, en petits groupes. On y traite les bases méthodologiques du qualitatif au quantitatif, c'est à dire un parcours découverte ou expert du « quali », l'utilisation de logiciels simples comme Excel, ou plus pointus comme N Vivo ou R, la recherche bibliographique, etc. La deuxième édition aura lieu les 27 et 28 sep-

tembre 2013 à Lyon. Attention les places sont limitées, n'oubliez pas de vous inscrire en ligne !

→ La pré conférence FAYR-GP a lieu chaque année en juin, la veille du congrès de la médecine générale à Nice. La journée commence par l'intervention d'un expert international sur un thème spécifique, cette année : « *Revue de la littérature : les secrets de la réussite* ». L'après-midi est consacrée à la présentation de travaux de recherche d'internes et jeunes médecins.

→ L'atelier FAYR-GP du congrès de l'ISNAR-IMG a lieu chaque année, souvent le vendredi en fin d'après-midi. Cette année le thème était « *Ecriture de la thèse : les secrets de la réussite* » et a été plébiscité par nombre d'entre vous ! Des envies pour le prochain atelier ? N'hésitez pas à nous les soumettre à : contact@fayrgp.org.

Des formations longues

Si vous souhaitez aller plus loin, ou si vous envisagez de faire carrière dans la recherche : les formations longues sont pour vous !

Il existe des diplômes inter universitaires (DIU), auxquels on peut s'inscrire pendant ou après l'internat. Ils permettent parfois de comptabiliser des heures pour la validation de votre DES : renseignez-vous auprès de votre DMG !

Sinon, la voie « classique » est celle du double cursus avec Master 1 puis 2 en parallèle de votre internat. Pour le master 1, vous devez suivre et valider des unités d'enseignement (UE) et passer un examen. Certaines UE sont déjà validées en 2^e cycle, d'autres sont dispensées à distance, ce qui peut être pratique pendant l'internat. Un conseil : choisissez bien votre master 1, car il conditionne l'entrée en master 2, qui se fait sur dossier. Epidémiologie, recherche clinique,

anthropologie, économie de la santé... Il y en a pour tous les goûts ! En M2, vous suivez généralement un enseignement théorique jusqu'au mois de janvier, puis vous effectuez un stage en laboratoire jusqu'en juin avec écriture d'un mémoire. Vous trouverez une liste non exhaustive des masters 2 sur le site de FAYR-GP (www.fayrgp.org). Et pour les plus motivés, après le M2, la thèse de science. C'est long mais ... possible ! C'est un peu « l'internat de la recherche », c'est-à-dire que vous apprenez la recherche par la pratique : vous avez un projet de recherche que vous devez mener à bout.

Et une fois formé... Qu'est-ce que je fais ?

Si vous souhaitez faire de la recherche, c'est possible !

Vous pouvez intégrer un projet de recherche en tant que médecin généraliste investigateur, c'est-à-dire que vous incluez vos patients dans des études. Vous pouvez aussi intégrer un projet de recherche en tant que « chercheur » dans une structure telle qu'une unité INSERM. Des contrats existent à mi-temps si vous souhaitez conserver une activité de soins, ou à plein-temps. Vous pouvez enfin envisager une carrière universitaire, en commençant par un clinicat de médecine générale.

Il vous reste des questions ?

N'hésitez pas à contacter FAYR-GP :

contact@fayrgp.org

Rosy TSOPRA
pour le bureau de FAYR-GP

Récit de Situation Complexe Authentique



Il se compose de 4 parties : la narration, le questionnement, les recherches, la synthèse ou conclusion.

La première étape consiste à choisir la situation clinique complexe qui servira de base au RSCA. La complexité d'une rencontre avec un patient ne vient pas seulement de la ou des pathologies en cause. Cela peut venir de la situation sociale rencontrée, mais aussi de la communication et de l'inscription de cette consultation dans notre propre histoire personnelle et familiale. Dans un monde parfait, il n'y aurait pas de différence entre la consultation du lundi matin à 10 h, et celle du vendredi 19 h. Il n'y aurait pas non plus de différence entre soigner la femme battue et son mari. Mais voilà, nous ne sommes pas dans un monde parfait, nous n'avons pas tous les jours le même niveau de patience ou de fatigue, et nous avons des ressentis personnels qui jouent sur nos actions. Il est donc important de comprendre les déterminants de nos comportements, et les éléments perturbants, afin de prendre conscience de nos schémas de réflexions.

Une situation complexe peut donc être une simple angine, dans un contexte de communication difficile ou d'expérience récente de complication grave.

Souvent mal compris par les internes qui n'en voient pas l'utilité, l'intérêt du RSCA paraît flou. La définition donnée par les DMG (Départements de Médecine Générale) diffère d'une subdivision à l'autre, pourtant il s'agit d'un outil pédagogique complet pouvant être très intéressant pour celui qui le réalise. Voici une explication et une aide à la construction de vos RSCA.

NARRATION

Une fois la consultation choisie, il faut l'écrire à la première personne (« je »).

On nous demande de décrire tous les éléments de contexte, notamment ceux ayant joué dans notre prise de décision thérapeutique. Voyez-le comme l'écriture d'un scénario : en lisant votre narration, une personne externe doit avoir l'impression de voir un film comme si elle était dans votre tête.

QUESTIONNEMENT

Ce sont les questions que cette situation a soulevé, pour vous. Elles se découpent en trois types : biomédicales, relationnelles, contexte d'exercice (déontologie, droit, protection psychologique du soignant...). Une situation complexe doit amener au moins une question de chaque type.

RECHERCHES

Il s'agit de répondre à une ou deux questions posées, en ne se limitant pas au biomédical. Citez les sources utilisées, et les éléments retenus pour répondre, en les critiquant (niveaux de preuve, accessibilité, confits d'intérêts...). Certains DMG demandent une structure IMRAD (introduction, méthode, résultats, discussion), mais ce n'est pas toujours indispensable à un bon RSCA. Dès que nous sortons du biomédical, les recherches sont plus complexes, les sources pas

toujours évidentes, mais elles vous apporteront beaucoup.

SYNTHÈSE

Outre une petite conclusion reprenant ce que vous avez appris en réalisant vos recherches, il vous est demandé de donner les compétences que ce RSCA vous a fait mobiliser. Ressortez alors la liste de ces compétences détaillées (que vous trouverez dans votre livret d'accueil, dans la présentation du portfolio ou dans l'article sur l'apprentissage par compétence de cet Antidote). Citez alors celles qui correspondent à votre récit et dites en quoi ce travail vous a permis de les faire évoluer.

Un bon RSCA est un travail qui vous fait évoluer !

Les enseignants s'en serviront pour évaluer cette progression dans vos pratiques, c'est à dire votre capacité à mobiliser les ressources externes (recherches), et vos ressources internes (apprentissages anciens, capacité naturelle de communication, voire RSCA précédents).

Gardez en tête que vous faites tout ça pour vous, et lancez-vous !

Isabelle ETTORI-AJASSE
Secrétaire Générale de l'ISNAR-IMG.

La HAD à ANGERS



A l'occasion de mon cinquième semestre, j'ai eu l'opportunité de réaliser mes six mois de stage au sein d'un service d'hospitalisation à domicile (HAD), en collaboration avec un réseau de soins palliatifs et le service de SSR¹ local.

Dans la perspective d'ouverture de nouveaux terrains de stage pour les internes de médecine générale, les services d'HAD disposent d'un fort potentiel en matière de formation et notamment grâce aux prises en charge complexes à domicile.

Les situations cliniques auxquelles j'ai été confronté vont des soins palliatifs aux pansements complexes en passant par la surveillance de chimiothérapies, l'administration de traitements intraveineux ou les soins après un traitement chirurgical (orthopédique, viscéral ou autre). Bien sûr cette liste n'est pas exhaustive, le but de l'HAD étant de s'adapter à la demande et de pourvoir aux différentes situations dans toute leur diversité.

Pour chacun de ses acteurs, le travail en HAD est avant tout un travail de coordination. Il s'agit de savoir tirer le meilleur parti des différents intervenants en proposant un plan de soins cohérent et adapté à chaque situation. La plupart des structures disposent de leur personnel soignant (IDE, AS), cependant une alliance réussie avec les partenaires libéraux et institutionnels garantit des

prises en charges globales de qualité. Par ailleurs une HAD, selon les modalités de son organisation, permet la permanence des soins, assurée par une astreinte téléphonique, voire par des équipes de nuit dédiées.

Bien évidemment le recours à une HAD ne peut se concevoir que si le niveau de soins est au moins équivalent à celui d'une structure hospitalière classique. Les patients doivent pouvoir bénéficier de soins d'une qualité optimale au domicile. Le développement des HAD, leur certification spécifique, leur intégration dans les instances de formation universitaire en tant que terrain de stage, ne peuvent que renforcer leurs performances et la qualité de leurs soins.

Parler des HAD impose de rappeler leurs diversités. En effet on peut dire qu'aucune ne fonctionne exactement de la même façon. Si le principe de base est le même, leurs pratiques peuvent être bien différentes. En particulier concernant le rôle du médecin coordonnateur : celui-ci va d'un poste de gestion purement administrative (établir la T2A²), à des médecins visitant les patients au domicile ou conseillant leurs confrères libéraux sur d'éventuels points difficiles (gestion de sédation terminale dans le cadre de soins palliatifs, par exemple).

Cela étant dit, il faut garder en tête que le médecin généraliste

demeure le médecin traitant de son patient lors de l'HAD. Il est généralement le prescripteur et doit se rendre disponible pour participer activement aux soins, le médecin coordonnateur n'ayant pas vocation à se substituer à ce dernier.

Pour ma part l'une des justifications les plus fortes de l'HAD se trouve dans le respect de la volonté du patient. Trop souvent le principe d'autonomie dans ses choix médicaux n'est pas pris en compte. Ainsi fréquemment un patient préférera regagner son domicile, retrouver son environnement familial et social. Pourquoi donc imposer un séjour à l'hôpital quand il est possible de faire aussi bien en respectant son souhait ?

Pour conclure, dans l'optique de nouveaux terrains de stage ouverts vers le domicile du patient et hors de l'hôpital traditionnel, l'HAD a toute sa place. Ce stage m'a offert une vraie opportunité de formation aux prises en charges complexes à domicile. Une bonne raison de les faire connaître et de partager cette belle expérience.

Charles-Henri SERRE

Interne de 5^e semestre à Angers.

1 - Soins de Suite et Réadaptation
2 - Tarification A l'Activité

JOURNÉE DE PROMOTION



de la Médecine Générale pour les externes

ICI OU AILLEURS

A Tours, l'association des internes de MG (GRACE-IMG¹), s'associe à l'association des remplaçants et jeunes installés (RemplaCentre) pour organiser une journée de présentation de la Médecine Générale aux externes. Le 9 avril 2013, se tenait déjà la 5^e édition.

Nous ciblons surtout les D2 et D3, mais des D4 y viennent régulièrement. La date est choisie à distance des examens, sur une journée sans cours. Grâce à un soutien du doyen, les externes sont libérés de leur stage hospitalier ce jour là (beaucoup de stages se déroulent à temps complet par alternance à Tours).

Il s'agit en fait d'une demi-journée (14h-18h) qui se déroule de la manière suivante :

- Une plénière d'accueil expliquant les généralités de l'internat de Médecine Générale, des associations organisatrices, et une promotion de l'internat dans la région (on reste un peu chauvins quand même...);
- Une 1^{ère} session de trois ateliers d'une heure ;
- Une pause gourmande où l'on fait venir nos partenaires (GPM notamment), et les institutions. Souvent des conseils généraux viennent avec des produits régionaux à déguster voire des jeux concours avec de petits lots à la clé (produits régionaux) ;
- Une 2^e session des mêmes ateliers ;
- Une petite plénière de clôture avec un résumé des ateliers.

Les ateliers sont constitués d'une présentation rapide puis de questions à 2 ou 3 intervenants. Ensuite nous prévoyons un débat avec la salle de 20 à 30 minutes. Certains externes reviennent plusieurs années de suite pour suivre tous les types d'ateliers.

Les thèmes des ateliers sont en général :

- L'internat et le post-internat (en invitant au moins un CCU-MG²) pour répondre aux questions sur la recherche, les DESC, DU.... ;
- Les différents statuts (salarié, libéral, seul, en maison de santé...);
- La diversité des pratiques (médecine du sport, gynécologie/planning, PMI, homéopathie, ...).

Ces trois thèmes sont ceux qui ont été retenus après d'autres essais, et des questionnaires sur ce qu'il manquait à la journée. Tout en restant dans le même thème, nous essayons de changer les ateliers d'une année sur l'autre.

Nous avons choisi le format de 3 ateliers au choix sur 2 sessions car les premières années, les salles étaient vides lors de la 3^e session. De plus, cela permet aux externes de venir une autre fois pour assister aux thèmes qu'ils ont manqués. Ils apportent alors leurs questions qui ont évoluées en un an, suite à leur premier contact avec cette journée d'information, et suite au stage ambulatoire.

Nous leur distribuons un livret expliquant la maquette de l'internat

de Médecine Générale, les aides régionales et nationales existantes pendant l'externat, l'internat et les aides à l'installation. Ce livret contient aussi la présentation des différents «hôpitaux périph» de la région avec les types de logement (ainsi que les logements en stages ambulatoires pour les départements en mettant à disposition), et des informations sur le statut de l'interne (les droits et devoirs), la rémunération, et enfin un petit mot sur la Filière Universitaire de Médecine Générale.

A la fin de la journée, un questionnaire de satisfaction leur est distribué. L'année dernière, nous avons posé des questions sur leur vision de la médecine générale avant et après cette journée. Les résultats montraient une augmentation du désir de faire de la MG de façon significative. Il y a bien sûr des biais, le principal étant que ceux qui ne sont vraiment pas intéressés ne viennent pas.

C'est toujours très agréable de parler de notre profession avec les externes. Ils découvrent un peu tout. Si vous avez l'occasion de participer à ce type d'événement dans votre faculté, on vous le conseille !

L'équipe de GRACE-IMG.

1 - Groupe Représentatif Autonome du Centre pour les Internes de Médecine Générale

2 - Chef de Clinique Universitaire de Médecine Générale

Programme Hippokrates ?



Bonjour, j'ai entendu parler du programme d'échange européen Hippokrates. En quoi cela consiste ? Comment puis-je y participer ?

Hippokrates est un programme d'échange de 15 jours auprès de médecins généralistes européens. Cela permet de découvrir un autre système de soins, et d'autres conditions de travail.

Voici quelques informations sur ce programme :

■ Pour qui est-il fait ?

Hippokrates s'adresse aux internes en médecine générale et jeunes médecins généralistes jusqu'à 5 ans après leur soutenance de thèse. Il est géré par Vasco de Gama, qui fait partie de la WONCA Europe¹.

■ On y fait quoi ?

Le programme est organisé au sein d'un cabinet de médecins généralistes. Tu viendras en tant qu'observateur et suivras le médecin d'accueil dans toutes ses activités professionnelles.

■ Quels sont les pays participants ?

Il y a actuellement 28 pays participants : Allemagne, Autriche, Belgique, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Irlande, Israël, Italie, Lituanie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Turquie, Ukraine.

■ Comment participer au programme ?

Avant tout, il faut **anticiper** les démarches **au moins 5 mois avant** la date de départ.

1. Inscris-toi sur le site Vasco de Gama (= *register*) (<http://www.vdgm.eu>)
2. Puis laisses-toi guider par les instructions. Si tu as un peu de mal avec l'anglais, consulte notre site : <http://isnar-img.com>, à la rubrique "international" où tout est expliqué en français.

N'hésite pas à contacter le **National Exchange Coordinator de France** : Karina HELENIAC (karinaheleniak@gmail.com) ou moi-même : international@isnar-img.com.

Bien à toi.



Chloé PERDRIX

Responsable Relations Internationales de l'ISNAR-IMG.

¹ - Organisation Mondiale de la Médecine Générale, branche européenne



Ecole d'automne de FAYR-GP

27 et 28 septembre 2013

Lyon Faculté Rockefeller

Renseignements sur : <http://www.fayrgp.org>



Les Entretiens de Bichat

« Des rencontres médicales et scientifiques uniques »

26 septembre – 28 septembre 2013

au Palais des Congrès de Paris

Renseignements et inscriptions sur : www.lesentretiensdebichat.com

L'ANTIDOTE

Bulletin trimestriel gratuit
Rédactrice en chef : **Elodie HERNANDEZ**
Contact : publication@isnar-img.com – Tél. 04 78 60 01 47
Réalisation : **Aprime Act 69100 VILLEURBANNE**
Photos : DR – Fotolia.com
N° 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 09 57 34 13 68
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.