



*Inter
Syndicale
Nationale
Autonome
Représentative
Des Internes de Médecine Générale*

**Diplôme d'Etudes Spécialisées
de médecine générale
Propositions de l'ISNAR-IMG**

*Validées en Conseil d'Administration à Poitiers
Mars 2008*

286 rue Vendôme – 69003 LYON
Tél. 04 78 60 01 47 – 06 73 07 53 00 - Fax 04 78 60 27 14
administration@isnar-img.com - www.isnar-img.com



SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	4
2. HISTORIQUE.....	4
2.1. LE DES DE MEDECINE GENERALE	4
2.2. LES STAGES EN AMBULATOIRE.....	5
3. CONTEXTE ACTUEL	6
3.1. LES ÉTATS GENERAUX DE L'ORGANISATION DE LA SANTE.....	6
3.2. LA FILIERE UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE.....	7
3.3. UNE IMAGE PLEINE DE CONTRADICTIONS	7
4. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE NATIONALE SUR L'ÉVOLUTION DE LA FORMATION PRATIQUE DE L'IMG	8
4.1. LA FORMATION PRATIQUE ACTUELLE	8
4.2. UN DESIR DE REFORME DU DES DE MEDECINE GENERALE.....	8
4.3. VERS UNE NOUVELLE MAQUETTE DE DES	9
4.3.1 <i>Davantage d'ambulatoire</i>	9
4.3.2 <i>Des stages hospitaliers repensés</i>	9
4.3.3 <i>Être formés à la permanence des soins</i>	10
4.3.4 <i>Une évolution globale attendue</i>	10
5. LE DESC DE MÉDECINE DE FAMILLE	10
5.1. MISSIONS	10
5.2. AVANTAGES	11
5.3. INCONVENIENTS	11
6. LE DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE EN QUATRE ANS.....	12
6.1. MISSIONS	12
6.2. AVANTAGES	12
6.3. INCONVENIENTS	13
6.4. ORGANISATION PRATIQUE	13
6.4.1. <i>Maquette type</i>	13
6.4.2. <i>Définitions et objectifs pédagogiques des stages</i>	14
6.4.2.1. <i>Stage ambulatoire de niveau 1 : SOINS ET PRÉVENTION</i>	14
6.4.2.2. <i>Stage ambulatoire de niveau 2 : COORDINATION ET PERMANENCE DES SOINS</i>	15
6.4.2.3. <i>Stage ambulatoire de niveau 3 : AUTONOMISATION</i>	16
6.4.2.4. <i>Stages hospitaliers</i>	16
6.4.2.5. <i>Projet professionnel : ANNÉE PROFESSIONNALISANTE</i>	17



6.4.3. Argumentaire.....	19
6.4.3.1. Plus d'ambulatoire.....	19
6.4.3.2. Un stage en médecine générale en début du cursus.....	19
6.4.3.3. Une progression dans les stages ambulatoires.....	20
6.4.3.4. Un stage de coordination en clé de voûte.....	20
6.4.3.5. Le stage en CHU facultatif.....	20
6.4.3.6. Des stages hospitaliers combinés.....	20
6.4.3.7. Un accès privilégié aux consultations spécialisées.....	21
6.4.3.8. L'interne acteur de sa formation.....	21
6.4.3.9. Favoriser l'installation des jeunes généralistes.....	21
6.4.3.10. Accompagner l'accès aux DESC et autres activités hospitalières.....	21
6.4.4. Place de la Permanence Des Soins.....	22
6.4.4.1. Le constat.....	22
6.4.4.2. L'idée.....	22
6.4.4.3. En pratique.....	22
6.4.4.4. Les objectifs.....	23
6.4.5. Place du remplacement.....	23
6.4.5.1. Le constat.....	23
6.4.5.2. L'idée.....	24
6.4.5.3. En pratique.....	24
6.4.5.4. Les objectifs.....	24
6.4.6. Modalités de choix de stages.....	24
6.4.6.1. Exposé des faits.....	24
6.4.6.2. Un choix par année.....	25
6.4.6.3. Les exceptions et limites du système.....	25
6.4.7 Modalités de financement.....	26
6.4.7.1. Etat des lieux.....	26
6.4.7.2. Problématiques.....	26
6.4.7.3. Les budgets sac-à-dos adaptés au terrain.....	27
6.4.8. Modalités transitoires et mesures d'accompagnement.....	27
6.4.8.1. Ouvrir le stage libre à la médecine générale.....	27
6.4.8.2. Préparer l'équivalence de diplôme.....	28
7. CONCLUSION.....	28
ANNEXES.....	29
ANNEXE 1 : LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES.....	30
ANNEXE 2 : DEFINITION OMS DE LA MEDECINE GENERALE.....	31
ANNEXE 3 : DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE WONCA EUROPE 2002.....	32
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE DES.....	34



1. INTRODUCTION

Le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale a vu le jour en 2004 avec le décret du 16 janvier.¹ L'apparition d'une première promotion de spécialistes diplômés en soins primaires en novembre 2007 en est la conséquence directe. Cette modification statutaire constitue une avancée majeure pour la valorisation de la médecine générale, en faisant de cette discipline une spécialité à part entière. Mais cette seule reconnaissance statutaire ne suffit pas : elle doit s'intégrer dans un processus plus global incluant la définition des missions du généraliste et l'évolution de la formation initiale des praticiens de soins primaires.

C'est pourquoi le DES de médecine générale doit être repensé. Il doit être plus adapté à la pratique du métier de médecin généraliste dans l'optique d'apporter aux patients une offre de soins de qualité. Ces évolutions doivent être apportées avec le souci d'améliorer l'efficacité du système de soins français, en répondant également aux problématiques actuelles liées à la démographie médicale déclinante. Une formation initiale adaptée doit permettre aux généralistes de remplir le rôle de pivot dans l'organisation de l'offre de soins de notre système de santé.

Pour répondre à ces attentes, la formation initiale doit privilégier le terrain d'exercice des futurs généralistes : l'ambulatoire. Elle doit les former à ce qui fait la spécificité de leur métier, le soin primaire, tel qu'ont pu le définir de manière consensuelle l'OMS² et la WONCA³ Europe.⁴ Le DES de médecine générale, tel qu'il se présente actuellement, ne tient que très peu compte des spécificités de la médecine de premier recours, et crée donc un décalage incohérent entre le modèle de formation et le modèle d'exercice. C'est pourquoi il apparaît nécessaire de rénover ce DES, tant sur le plan pratique que théorique.

Ce document de propositions rédigé par l'ISNAR-IMG est destiné à formuler des orientations en matière d'évolution de la formation pratique initiale en médecine générale.

2. HISTORIQUE

2.1. Le DES de médecine générale

Historiquement il existe un clivage fort dans le système de soins français entre médecine ambulatoire et hospitalière. La création des centres hospitaliers universitaires par les ordonnances DEBRÉ du 30 décembre 1958 a initié et accentué au fil des années ce clivage en valorisant les différentes spécialités d'organe. Celles-ci ont connu un formidable développement, notamment technique, tout au long de la deuxième partie du XX^{ème} siècle, au détriment de la médecine générale.

La réforme de 1984, régie par la loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques, crée les Diplômes d'Etudes Spécialisées et rend l'internat obligatoire pour accéder à une spécialité. Tout en faisant apparaître pour la première fois la notion de troisième cycle de médecine générale, appelé résidanat, elle le place en marge du cursus spécialisé, renforçant le fossé qui sépare les futurs généralistes des médecins spécialistes. D'une durée de deux ans, le résidanat est ouvert à tous ceux qui se destinent à la médecine générale, mais aussi à ceux qui échouent au concours de l'internat. Il est largement convenu à tort au cours de ces années que la médecine générale constitue le socle des connaissances médicales minimales de tout médecin. Une vision fatale à l'image de la médecine générale, niant ses spécificités.

¹ Décret n°2004-67 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales

² Organisation Mondiale de la Santé

³ World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

⁴ Cf annexes 2 et 3



Ces modalités de choix entraînent malheureusement une sélection des futurs généralistes par l'échec et accentuent le manque de considération et d'attractivité de la médecine générale. Peu à peu, une évidence s'impose : la revalorisation du métier de médecin généraliste doit passer par une rénovation de la formation au cours du troisième cycle des études médicales. Ce changement d'état d'esprit sera impulsé par la modification des textes législatifs. C'est dans cette optique que la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 prévoit de remplacer le concours de l'internat par un concours national et d'élargir l'appellation « internes » aux résidents.

Mais ce n'est qu'en 2004 que le DES de médecine générale voit réellement le jour, avec le décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. Sa durée est de trois années. Ce même décret crée les Epreuves Classantes Nationales (ECN) auxquelles sont soumis tous les étudiants pour accéder à l'internat, comprenant désormais la spécialité « médecine générale ». Ainsi, en novembre 2007, la première promotion d'internes de médecine générale termine sa formation. Un nouveau corps de médecins apparaît : les spécialistes en soins primaires.

Toutefois, comme le décrit le rapport LANCERY de 2007, la loi conserve des distinctions entre médecin généraliste et médecin spécialiste dans des textes forts que sont le Code de l'Éducation, le Code de la Sécurité Sociale et le Code de la Santé Publique.⁵

2.2. Les stages en ambulatoire

Dès 1968, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) émet un avis favorable à l'instauration d'un stage chez le praticien généraliste. Mais ce n'est qu'en 1972 que l'on autorise officiellement, pour la première fois, les étudiants à effectuer une partie de leur formation pratique chez le généraliste, en dehors des murs de l'hôpital. Ce stage ne devient obligatoire dans le cursus des résidents qu'en 1997, rallongeant le résidanat de six mois, soit cinq semestres au total à cette époque. L'université médicale fait alors sa première sortie en ambulatoire, après près de 40 ans d'exclusivité hospitalière.

En 2001, sous l'impulsion de l'ISNAR-IMG, le sixième semestre est créé, portant le résidanat à trois années d'études. Ce semestre supplémentaire, réalisé au cours de la dernière année d'études (en 5^{ème} ou 6^{ème} semestre) est qualifié de « *semestre libre [...] préférentiellement en secteur ambulatoire* ». ⁶ Les modalités pratiques de ce sixième semestre sont précisées dans la circulaire du 26 avril 2004 qui crée le Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé, ou SASPAS. ⁷ L'arrêté du 22 septembre 2004, pris en application du décret du 16 janvier de la même année, reprend la notion de « semestre professionnalisant » en instaurant un semestre « selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale », et en précisant le lieu : soit en médecine générale ambulatoire sous la forme d'un SASPAS soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordinateur de médecine générale.

Depuis 2001, la formation pratique des internes de médecine générale n'a donc quasiment pas évolué, si ce n'est par le nom du diplôme délivré à l'issue de leur cursus depuis 2004, et les adaptations minimales du semestre professionnalisant.

⁵ P.J. LANCERY, les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale, février 2007

⁶ Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales

⁷ Circulaire DGS/DES/ 2004 / n° 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé

ECN

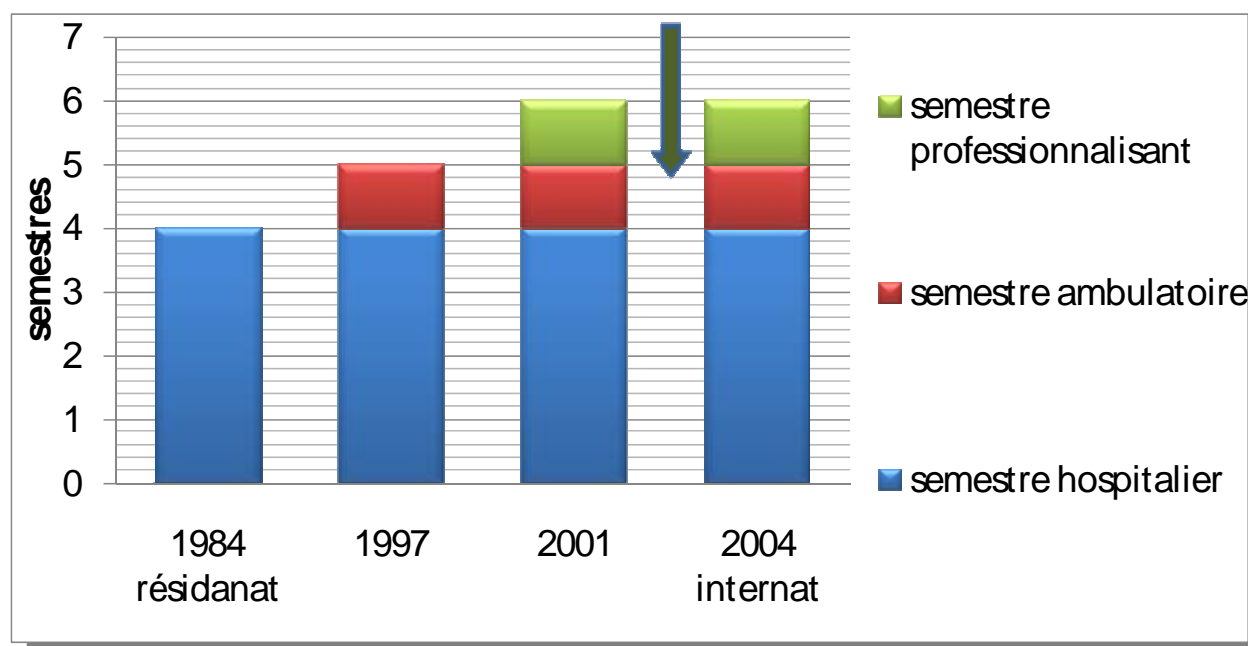


Figure 1 : historique du troisième cycle de médecine générale

3. CONTEXTE ACTUEL

3.1. Les États généraux de l'organisation de la santé

Depuis la fin de l'année 2007, la médecine générale semble connaître un regain d'attention, et une impulsion nouvelle s'est amorcée. Les problématiques de la démographie médicale, de l'accès physique et financier aux soins, leurs constats mais aussi et surtout leurs perspectives sur les années à venir, ont pointé certaines des nombreuses lacunes du système de soins français. Le manque d'organisation stable et lisible en est à la fois cause et conséquence.

Une équation complexe s'est donc révélée, mettant en exergue le rôle du médecin généraliste dans la coordination des soins et la prise en charge globale des patients. La plaque tournante de notre système de santé ne peut plus être centrée sur un professionnel aux missions bien souvent définies par défaut, en tout cas jamais inscrites dans la loi.

La mise en place des Etats généraux de l'organisation de la santé (EGéOS), dans les suites du mouvement des étudiants, internes et jeunes médecins à l'automne 2007, en rapport avec les discussions sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2008, a permis d'initier le débat sur les soins de premier recours. La première étape s'est essentiellement penchée sur le premier recours médical, en cherchant notamment à préciser les contours des missions du médecin généraliste. Les valences qui pourraient définir le métier de médecin généraliste de premier recours seraient le SOIN, la PRÉVENTION, la PERMANENCE DES SOINS, et la COORDINATION DES SOINS.⁸ Ces missions viennent enrichir le cadre posé par les définitions de l'OMS et de la WONCA.

⁸ Discours de Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, première synthèse nationale des Etats généraux de l'organisation de la santé, Paris, 8 février 2008



Par ailleurs, ces Etats généraux ont fortement souligné la nécessité d'améliorer la formation initiale des futurs généralistes. Cette formation initiale doit en effet préparer au mieux les futurs praticiens aux missions du médecin généraliste de premier recours, et ne peut donc s'appréhender qu'en favorisant l'apprentissage sur le lieu d'exercice du futur praticien : le milieu ambulatoire. Cette cohérence entre la formation et l'exercice professionnel est un préalable indispensable à une organisation du système de santé centrée sur les soins primaires, avec tous les bénéfices médicaux, sociaux et économiques attendus. L'exemple de nos voisins européens, nombreux à avoir adopté cette organisation, en est une preuve formelle.

3.2. La Filière Universitaire de Médecine Générale

Depuis 2003, l'ISNAR-IMG, en collaboration avec le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et depuis 2006 également avec le Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale (SNEMG), se penche sur la mise en place et le développement de la Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG).

Leurs efforts conjoints ont notamment été soutenus par le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche (IGAENR) présenté en février 2007.⁹ Ce rapport affirme que « *le développement de la Filière Universitaire de Médecine Générale est nécessaire pour assurer une formation adaptée et de qualité aux futurs médecins généralistes* ». Plus largement, « *la revalorisation de la médecine générale constitue un enjeu fort en terme de qualité de la prise en charge des patients et de permanence des soins de premier recours* ».

Au court de cette même année, différentes mesures ont été mises en place pour aboutir à la nomination de 16 chefs de clinique de médecine générale à la rentrée universitaire 2007. Une première qui constitue une avancée majeure pour la rénovation de la formation en médecine générale, même si le nombre initial de postes de chefs de clinique reste bien en dessous du minimum requis pour prétendre à une filière opérationnelle. A la faiblesse numérique s'ajoute la fragilité des statuts initiaux, et l'absence totale d'enseignants titulaires de la discipline, deux conditions indispensables à l'efficacité et la pérennité de la filière.

Mais une autre avancée majeure pour la FUMG, législative cette fois, est venue renforcer la précédente : le 29 janvier 2008, l'Assemblée Nationale a adopté à l'unanimité des députés, après un vote similaire des sénateurs le 12 décembre 2007, la proposition de loi relative aux personnels enseignants de médecine générale.¹⁰ Cette loi, tout aussi historique qu'ont pu l'être les Ordonnances DEBRÉ cinquante ans auparavant, célèbre l'entrée officielle de la médecine générale et des soins primaires ambulatoires dans l'Université médicale française, en liant de manière indissociable le soin ambulatoire à l'enseignement et à la recherche. Il s'agit là d'un bond en avant considérable dans la construction de la FUMG. Cette reconnaissance universitaire de la médecine générale devrait permettre aux étudiants de second cycle de découvrir l'exercice de la médecine de premier recours par un vrai stage d'externat, et aux internes de médecine générale de suivre une formation spécialisée de qualité, adaptée à leur futur exercice ambulatoire. La médecine générale se crée ainsi un début d'identité, préalable indispensable à l'identification des futurs et jeunes professionnels à cette discipline, son exercice et ses acteurs.

3.3. Une image pleine de contradictions

A première vue, il s'agit là d'une évolution ambitieuse de la médecine générale, notamment en terme d'image et d'attractivité. Cependant, ces mesures ne pourront cacher encore longtemps les nombreux défauts de cette discipline. La formation pratique des futurs généralistes n'a pas profité pleinement de cette évolution favorable. En effet, elle n'a pas évolué depuis 2001, et cela même malgré la réforme de 2004. La maquette actuelle du DES de médecine générale, avec une prépondérance des stages hospitaliers (quatre semestres minimum sur les six) sur les stages ambulatoires (deux semestres maximum pour une minorité des

⁹ Rapport IGAS RM 2007-030P/IGAENR 2007-016 sur la Création de la filière universitaire de médecine générale

¹⁰ Loi 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale



internes), semble donc peu propice à l'acquisition des compétences spécifiques à la médecine générale de premier recours.

Repenser de façon globale le DES de médecine générale, notamment en rénovant la maquette des stages, semble être devenu une nécessité dans cette dynamique de revalorisation de la discipline. L'objectif est simple mais fondamental : assurer la transformation des connaissances du deuxième cycle des études médicales en véritables compétences professionnelles, c'est-à-dire adaptées au champ d'exercice ambulatoire, à ses missions et ses spécificités.

4. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE NATIONALE SUR L'ÉVOLUTION DE LA FORMATION PRATIQUE DE L'IMG

Une enquête d'envergure nationale a été réalisée en novembre 2007 par Odile ANGOT, Chargée de Mission Formation de l'Interne à l'ISNAR-IMG. Cette enquête avait pour objectif de recueillir l'opinion des internes de médecine générale sur leur formation pratique actuelle, ainsi que sur une éventuelle réforme du DES de médecine générale.

Un questionnaire de cinq pages et 47 questions (cf annexe 4) a été envoyé à plus de 3000 internes, par voie postale à leur adresse personnelle pour la très grande majorité. 923 réponses ont été recueillies et analysées, avec une répartition homogène sur les trois années de cursus.

4.1. La formation pratique actuelle

La très grande majorité des internes (93,6%) est favorable au principe de maquette de stages à accomplir au cours du cycle spécialisé. La durée des stages fixée à un semestre semble adaptée pour 83% d'entre eux. Concernant la maquette actuelle, 79% des IMG la jugent assez polyvalente pour la pratique future. Cependant, 64,7% la trouvent trop hospitalière. Parallèlement, 82,3% des internes ressentent un manque de stages ambulatoires. Le panachage des champs disciplinaires croisés au cours de l'internat semble approprié à l'apprentissage de la médecine générale qui recouvre dans sa pratique cette variété de disciplines. Cependant, la médecine générale ne se résume pas à la juxtaposition des différentes spécialités d'organes, et ne peut être considérée comme le socle minimal des connaissances médicales nécessaires à tout médecin. Elle présente des particularités qui lui sont propres et qui ne peuvent être enseignées qu'auprès du praticien de médecine générale. Négliger cette formation sur le lieu spécifique d'exercice du généraliste revient à nier la spécificité même de la médecine générale.

4.2. Un désir de réforme du DES de médecine générale

La majorité affirmée des internes (63,8%) est favorable à une réforme du DES de médecine générale. Concernant le passage à un DES en quatre ans sans autres précisions, seuls 48% des internes semblent y adhérer. En revanche, ils y deviennent favorables à 77,9% si la première partie des études médicales était ramenée à cinq ans (dans le cadre du système Licence-Master-Doctorat). Il est donc probable que les réticences à voir le DES passer à quatre ans ne soient pas fondées sur l'inutilité de porter à quatre années la formation initiale de médecine générale mais plutôt sur l'inutilité d'un tronc commun aspécifique trop long. Cette analyse confirme la nécessité d'une meilleure cohérence de la formation avec l'avenir professionnel, en augmentant le temps et la qualité de la spécialisation sans pour autant augmenter la durée globale des études.



4.3. Vers une nouvelle maquette de DES

4.3.1 Davantage d'ambulatoire

Dans le cadre d'une réforme de la maquette, 68,6% des internes souhaiteraient pouvoir réaliser de manière systématique deux stages chez le praticien de médecine générale, et 88% d'entre eux voudraient réaliser le deuxième sous forme de SASPAS. Si un allongement de deux semestres était à envisager : 24,5% des internes souhaiteraient réaliser ces deux semestres en médecine générale ; 27,3% seraient favorables à un semestre en hospitalier et un semestre en ambulatoire ; seuls 2,3% souhaiteraient réaliser les deux semestres à l'hôpital. Mais le désir d'ambulatoire ne concerne pas uniquement la médecine générale. En effet, 88,3% des internes aimeraient pouvoir aménager un semestre avec divers spécialistes ambulatoires (dermatologues, rhumatologues, cardiologues, etc.) ; 64% souhaiteraient ouvrir ce semestre aux paramédicaux (kinésithérapeutes, psychologues, centres de prévention, etc.).

Ces chiffres traduisent un avis consensuel des internes de médecine générale. Ils aspirent à une formation davantage axée sur le milieu ambulatoire, tant pour se former aux soins primaires que pour découvrir leur futur lieu d'exercice et les acteurs du système de santé avec lesquels ils seront amenés à travailler.

4.3.2 Des stages hospitaliers repensés

La très large majorité des internes (72,9%) considère que le stage en CHU doit devenir facultatif. A contrario, 51,8% des internes interrogés aimeraient avoir la possibilité d'y réaliser plus d'un semestre, essentiellement pour faciliter l'accès aux DESC. Le passage en CHU ne paraît pas indispensable en tant que tel à la formation des futurs généralistes. En revanche, les maquettes des divers DESC imposent généralement un voire deux semestres obligatoires en CHU. S'il semble inutile voire préjudiciable d'obliger les internes désireux d'exercer les soins primaires à réaliser un semestre en CHU, les multiples projets professionnels des internes devraient toutefois être pris en compte, notamment pour la réalisation des DESC, en leur permettant un accès au CHU plus aisé qu'actuellement.

Concernant le stage mère-enfant, 91% des internes souhaiteraient une formation obligatoire à la fois en pédiatrie et en gynécologie, car ils se sentent insuffisamment formés à ces spécialités. 60,1% souhaiteraient que le stage de pédiatrie se déroule à la fois en hospitalier et en ambulatoire ; ils sont 55% à souhaiter cette association pour le stage de gynécologie. Un intermédiaire à proposer à ce désir d'ambulatoire, notamment pour les spécialités de pédiatrie et gynécologie, est de permettre aux internes de médecine générale d'assister et de participer aux consultations des praticiens hospitaliers (à l'heure actuelle, ces consultations sont bien souvent « réservées » aux internes de spécialité d'organe). D'un autre côté, il est envisageable qu'un temps de formation plus long auprès de médecins généralistes permettrait aux internes d'être confrontés davantage à ces situations cliniques qui leur manquent, et répondrait ainsi en partie à leurs attentes.

Concernant le stage en médecine d'urgence, 90,6% des internes estiment qu'il doit rester obligatoire dans la maquette du DES de médecine générale. Cependant, 73,7% souhaiteraient voir ce stage s'ouvrir au milieu ambulatoire (SOS médecins, maisons médicales de garde, etc.). Là encore, les internes expriment leur désir d'être formés au plus près de leur lieu d'exercice futur.

Concernant le stage hospitalier de médecine d'adultes (médecine polyvalente, médecine interne ou gériatrie court séjour), 86,9% des internes pensent qu'il faut conserver ce stage dans la maquette. 50,9% des internes estiment que les services de spécialités d'organes doivent être validant pour ce stage. En effet, dans de nombreux endroits, notamment dans les centres hospitaliers généraux, les services de spécialités d'organes tels que la cardiologie, la pneumologie, la gastro-entérologie, la neurologie, la dermatologie, etc., semblent davantage adaptés à la formation des internes de médecine générale par la multitude et la diversité des pathologies rencontrées, traduisant un caractère spécialisé moins prononcé qu'en CHU.



4.3.3 Être formés à la permanence des soins

La majorité des internes (64,1%) ressent une appréhension forte quant à la permanence des soins (PDS). Si la crainte d'altérer leur qualité de vie (42,8%) par une potentielle surcharge de travail (50,4%) est la première cause exprimée par les internes, le manque de formation spécifique à la PDS est leur deuxième argument (37,7%). Ils expriment très majoritairement (82,1%) le souhait d'être formés à cette PDS au cours de leur formation initiale. 50,6% des internes souhaiteraient cette formation aux gardes de ville en supervision directe (en présence du maître de stage enseignant clinicien ambulatoire), contre 37,6% en supervision indirecte (à distance et/ou décalée dans le temps). 64,% des internes seraient volontaires pour participer de façon active à la PDS, en réalisant des gardes supervisées en ambulatoire ; 59% souhaiteraient pouvoir bénéficier d'une formation à la régulation des appels médicaux.

4.3.4 Une évolution globale attendue

Les résultats de cette enquête et leur analyse expriment donc clairement un désir de réforme. La priorité est d'optimiser la formation initiale par davantage de stages en ambulatoire, pour permettre l'acquisition des compétences professionnelles spécifiques à la médecine générale. Remodeler la maquette actuelle du DES semble s'imposer comme une évidence. Mais cela ne suffit pas. La réforme du DES doit s'intégrer dans une évolution plus globale de la formation de futurs généralistes, comprenant notamment le développement de la filière universitaire de médecine générale, la diversification des terrains de stages en ambulatoire, le recrutement d'enseignants cliniciens ambulatoires (maîtres de stage généralistes agréés), etc.

Si le fond de la réforme attendue, et ses objectifs en terme de formation, semblent clairs, les modalités d'évolution sont à première vue moins évidentes. Ainsi, le projet d'un DES de médecine générale en quatre ans doit prendre en compte une autre évolution possible de notre formation pratique : la création d'un DESC de médecine de famille. Une réflexion s'impose afin de dégager l'organisation structurelle du cursus la mieux adaptée pour répondre aux différentes problématiques.

5. LE DESC DE MÉDECINE DE FAMILLE

5.1. Missions

Un DESC a pour objets :

- d'apporter à l'interne une formation complémentaire à celle de son DES ;
- de lui apporter, en fonction de sa nature (type 1 ou type 2),¹¹ une valence supplémentaire voire une spécialisation, entraînant dans le second cas une nouvelle qualification.

Un DESC de médecine de famille aurait alors pour objet d'apporter à l'interne de médecine générale une spécialisation en médecine de famille.

Il se définirait par opposition principalement aux DESC de gériatrie et de médecine d'urgence, et le choix serait rendu obligatoire entre ces différentes formations complémentaires. Les internes de médecine générale, futurs spécialistes en soins primaires, devraient alors opter pour l'un de ces trois diplômes complémentaires.

L'objectif tend à répondre aux préoccupations actuelles : former en qualité et en nombre les généralistes de demain.

¹¹ Cf arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine



5.2. Avantages

Le premier des avantages semble être une plus grande lisibilité et une meilleure identification de la spécialité de médecine générale de premier recours. Par ailleurs, un DESC de médecine de famille permettrait un renforcement du lien entre l'exercice du futur effecteur de soins primaires et sa formation pratique. Enfin, en supposant que ce DESC ne soit qu'un supplément d'une année à la formation actuelle des internes de médecine générale, celui-ci revêt une facilité apparente de mise en place par rapport à un DES remodelé en quatre ans.

La création d'un DESC de médecine de famille devrait laisser perdurer la possibilité d'une orientation vers un exercice « classique » ou vers une formation d'enseignement et de recherche en intégrant l'accès à la filière universitaire de médecine générale.

5.3. Inconvénients

Le premier défaut majeur concerne la nécessité même d'un DESC de médecine de famille. En effet, la création de celui-ci semble répondre à un constat d'échec : le DES actuel de médecine générale ne permet pas de mener l'interne vers son exercice professionnel. C'est bien là une négation de la spécificité de la médecine générale. Cette discipline ne s'exercerait plus au terme d'une formation qualifiante mais à la suite d'une formation complémentaire. La médecine générale de premier recours deviendrait alors une spécialisation aux mêmes titres que la médecine d'urgence ou à la gériatrie. Or, la médecine de famille, par nature au cœur du système de soins, doit être une formation principale identifiée comme telle, et ne saurait se satisfaire d'une définition relative, sur une année de formation complémentaire.

Par ailleurs, cette modalité de choix accentuerait la fuite et le défaut d'attractivité de la discipline. Elle est donc à proscrire absolument. En effet, on peut craindre un double choix par défaut de la médecine générale : premier choix par défaut à l'issue des ECN, puis deuxième choix par défaut lors de l'accès aux DESC. On en reste toujours à ce problème d'identification de la discipline à travers sa filière de formation, non résolu avec le DESC.

Un autre inconvénient réside dans l'inégalité d'accès aux DESC par rapport aux autres spécialités qui, pour la majorité d'entre elles, ont un DES organisé sur quatre ans. Un même DESC peut actuellement être obtenu après une durée de formation différente selon que l'on passe par le DES de médecine générale en trois ans ou par un autre DES en quatre ans. Maintenir ce système décalé expose au risque évident de voir alors le DES de médecine générale devenir « l'étape la plus rapide » menant à certains DESC. L'évolution de la formation des futurs médecins généralistes ne doit pas s'envisager par l'ajout d'une partie complémentaire, mais bien par une assise, et donc un tronc commun, en quatre ans, éventuellement complété par un ou des diplôme(s) « complémentaire(s) ».

De plus, il est difficilement envisageable de voir coexister des DESC de plusieurs types dans une procédure de choix obligatoire, avec un DESC de gériatrie de type 2, un DESC de médecine d'urgence de type 1, et un DESC de médecine de famille probablement de type 2. Il serait donc nécessaire entre autre de faire évoluer la médecine d'urgence vers un DESC de type 2, ce qui aurait deux répercussions majeures : rendre obsolète le DES de médecine générale, et orienter définitivement des médecins dans des filières pourtant considérées comme complémentaires.

De la même façon, la place des autres formations complémentaires ouvertes aux internes de médecine générale (mais pas toujours accessibles...), tout comme la place des formations complémentaires amenant une modification de l'exercice, restent des questions non résolues avec ce système. En effet, si le DESC de médecine de famille était qualifiant (type 2) pour la médecine générale, nombreuses seraient les autres formations complémentaires, et notamment les DESC de type 1, qui deviendraient difficilement accessibles (oncologie option réseau, médecine du sport, médecine de la douleur et soins palliatifs, allergologie...) car leur réalisation impliquerait trois formations simultanées : celle du DES, celle du DESC de médecine de famille, et elle-même.¹²

¹² Conformément à l'arrêté du 26 janvier 2007 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine, autorisant la réalisation simultanée de plusieurs DESC.



Enfin, un point inquiétant apparaît quand on envisage l'articulation d'un DESC de médecine de famille avec la FUMG naissante. En effet, les internes, en tant que futurs effecteurs de soins primaires, auront à réaliser leur maquette de DES et celle de leur DESC. Ils seront probablement confrontés à davantage de difficulté pour remplir les conditions d'accès aux postes de chefs de clinique de médecine générale et par là, à la filière universitaire. Tout écueil sur la voie de cette filière à peine créée lui serait extrêmement préjudiciable. La désertification qui en résulterait rendrait caduques tous les efforts réalisés jusqu'ici.

6. LE DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE EN QUATRE ANS

6.1. Missions

La maquette du DES de médecine générale a pour objets :

- de structurer et de régir la formation pratique de l'interne de médecine générale au cours du troisième cycle des études médicales (TCEM) ;
- de conduire à l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale, diplôme attestant que l'étudiant a acquis les compétences pratiques et théoriques nécessaires à son exercice futur.

Le DES est, par essence, la partie professionnalisante du cursus. Ainsi, pour rendre plus attractive et efficace la formation en soins primaires, il faut créer un modèle unique et novateur qui répondrait aux attentes de la société tant en termes de nombre que de qualité des praticiens formés. Les futurs spécialistes en médecine générale de premier recours doivent recevoir une formation pratique et théorique à même de leur apporter le souhait, les outils et l'expérience d'un exercice ambulatoire complet au plus près des patients. La formation aux soins primaires se doit de répondre à de nouvelles missions qui ne sont pas réunies dans la maquette actuelle. Il s'agit dès lors de réfléchir et de proposer un nouveau modèle, une évolution vers une formation solide et cohérente pour un métier de généraliste identifié, au cœur même du système de soins français.

Les objectifs et missions du DES de médecine générale en quatre ans seront donc de :

- proposer à l'étudiant une maquette plus professionnalisante, préparant davantage à l'exercice de la médecine générale ;
- corriger les inégalités de formation entre les internes des différentes spécialités, en termes de temps de formation et de répartition des valences de stages en fonction de la filière choisie ;
- maintenir l'accès à des DESC, tout en proposant une formation initiale à la médecine générale suffisamment solide pour justifier le caractère complémentaire du diplôme ;
- établir une équité dans l'accès aux DESC ouverts à partir de plusieurs DES, en homogénéisant la durée d'étude pour un même diplôme ;
- proposer de manière effective un cheminement professionnalisant, et ouvrir un temps dédié au développement d'un projet professionnel personnel.

6.2. Avantages

L'idée ambitieuse d'une maquette de DES en quatre ans permettra d'identifier la formation à la médecine générale au même niveau que celle proposée pour la plupart des autres spécialités médicales.

Une maquette refondée du DES de médecine générale assurera à tous les internes engagés dans cette filière de se former à la médecine de premier recours. En effet, un cursus plus long assurera un tronc commun plus largement centré sur les soins primaires. Le cas échéant, les formations complémentaires, et la réalisation de leur maquette, ne se fera plus au détriment de celle du DES, assurant ainsi l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale pour tous les internes ayant choisi cette filière. Ils pourront alors effectivement exercer leurs spécificités en alternance ou en complément de leur

activité de soins primaires. Seule une réforme audacieuse et réfléchie permettra de faire cohabiter en cohérence ces formations.

On peut espérer que l'évolution du cursus, permettant de former des praticiens mieux préparés, amènera à un choix plus prononcé et plus éclairé de cette filière d'internat, mais aussi à une diminution de l'âge d'installation, aujourd'hui en moyenne de 38 ans.

6.3. Inconvénients

Il existe un si grand nombre d'arguments plaidant aujourd'hui en faveur d'une évolution de la maquette du DES vers une maquette en quatre ans, qu'il est difficile de trouver des arguments véritablement opposables.

Toutefois, force est de constater que l'argument économique est à prendre en compte. En effet, il est logique de penser que l'allongement du TCEM de médecine générale entrainera un coût supplémentaire par le nécessaire financement des postes d'internes d'une quatrième année. Toutefois, il restera très inférieur au budget qu'il faudra débloquer en quelques années pour financer le doublement du nombre d'internes, du fait de l'évolution du *numerus clausus*. En outre, ce surcoût pourrait être contre balancé par un raccourcissement de la durée moyenne de remplacement après la thèse et, par là, un âge moyen à l'installation moins élevé. Ne serait-ce pas là un investissement minimal à engager ?

Un autre argument ne plaidant pas nettement en faveur d'un DES en quatre ans est le manque d'adhésion spontanée des IMG à une réforme de ce type. Par méconnaissance des enjeux notamment collectifs, par crainte d'un allongement au profit de stages peu formateurs, ou d'un allongement stérile de la durée d'étude, les internes actuellement en cours de cursus sont partagés entre une évolution et un *statu quo*.

Il est à noter qu'aucune maquette ne pourra se prévaloir de la perfection. Cependant, une maquette réfléchie et argumentée doit pouvoir se jouer d'un maximum d'écueils et ainsi proposer aux futurs praticiens, et donc aux patients, la meilleure des médecines possible, dans un souci permanent d'excellence et de rigueur en ne perdant jamais de vue les aspects pratiques et économiques.

6.4. Organisation pratique

6.4.1. Maquette type

Projet de maquette du DES de Médecine Générale en 4 ans		
	Semestre d'hivers	Semestre d'été
TCEM 1	Stage ambulatoire de niveau 1 ou stage hospitalier	Stage hospitalier ou stage ambulatoire de niveau 1
TCEM 2	Stage ambulatoire de niveau 2 ou stage hospitalier	Stage hospitalier ou stage ambulatoire de niveau 2
TCEM 3	Stage ambulatoire de niveau 3 ou stage hospitalier	Stage hospitalier ou stage ambulatoire de niveau 3
TCEM 4	Projet professionnel	



Quel que soit le semestre en cours et le stage effectué, deux demi-journées hebdomadaires sur les onze qui constituent une semaine d'interne,¹³ restent consacrées à l'enseignement universitaire.

6.4.2. Définitions et objectifs pédagogiques des stages

6.4.2.1. Stage ambulatoire de niveau 1 : SOINS ET PRÉVENTION

Lieu de stage :

Chez un ou plusieurs praticiens de médecine générale agréés « maîtres de stage », en favorisant le principe de binôme ou de trinôme : association de deux ou trois praticiens ayant une activité différente, si possible complémentaire (médecine rurale, médecine de ville, praticiens hommes et femmes, etc.).

L'organisation pratique des binômes ou trinômes est laissée libre à chaque faculté, notamment en ce qui concerne l'alternance entre chaque praticien. Il peut s'agir d'aller chez chaque praticien trois demi-journées par semaine, ou bien d'alterner toutes les semaines ou deux semaines, ou encore de réaliser des périodes successives de deux ou trois mois.

Déroulement du stage :

Le stage peut s'organiser en 3 phases :

- Période passive : le stagiaire est observateur ;
- Période semi-active : le stagiaire commence à exécuter des actes en présence du maître de stage (supervision directe) ;
- Période active : le stagiaire exécute des actes sans que le maître de stage soit nécessairement physiquement présent, celui-ci devant rester à proximité, joignable et mobilisable à tout moment (supervision indirecte) ;

Objectifs pédagogiques :

Ce stage doit permettre aux internes de médecine générale d'acquérir les compétences suivantes :

- Résoudre un problème de santé non différencié en contexte de soins primaires :
 - Prendre en charge successivement ou simultanément des situations de différentes natures ;
 - Synthétiser les données recueillies ;
 - Recueillir et analyser les demandes du patient et de son entourage ;
 - Elaborer et proposer une prise en charge globale, adaptée au patient et au contexte.
- Communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage ;
- Eduquer le patient à la promotion et à la gestion de sa santé et à la gestion de sa maladie ;
- Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en médecine ambulatoire ;
- Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques (dispositions médico-légales, médico-administratives, déontologiques).

¹³ Article 3 du décret n°99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie



6.4.2.2. Stage ambulatoire de niveau 2 : COORDINATION ET PERMANENCE DES SOINS

Lieu de stage :

Stage ambulatoire en cabinet de médecine générale et hors cabinet de médecine générale.

- Stage continu dans un ou deux cabinets de médecine générale, en supervision indirecte, selon les mêmes modalités de supervision que la période active du stage ambulatoire de niveau 1 (temps cumulé consacré à ce type de vacations équivalent à une journée par semaine de stage sur le semestre) ;
- Stages complémentaires reposant sur des vacations organisées auprès d'autres professionnels de santé :
 - Vacances auprès des autres professionnels de santé (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, sages femmes, pharmaciens, etc.) et/ou d'autres médecins spécialistes de ville (dermatologues, pédiatres, gynécologues, SOS médecin, CRRRA...) (temps cumulé consacré à ce type de vacations équivalent à une journée par semaine de stage sur le semestre) ;
 - Vacances organisées dans le réseau médico-social : centres communaux d'action sociale (CCAS), centres de planification familiale, médecine scolaire, médecine pénitentiaire, réseaux divers, croix rouge française, hospitalisation à domicile, etc. (temps cumulé consacré à ce type de vacation équivalent à une journée par semaine de stage sur le semestre) ;
 - Vacances dans un centre médico-psychologique (CMP) ou autre structure de prise en charge psychiatrique et psychologique (temps cumulé équivalent à une journée par semaine de stage sur le semestre).

Déroulement du stage :

Le stage peut être structuré sur la semaine avec des temps cumulés de stage ou en périodes successives, avec un total cumulé de un mois et demi en cabinet de médecine générale et quatre mois et demi pour les autres vacations. Les stages annexes doivent être organisés par le Département de Médecine Générale de la faculté, sur proposition éventuelle des représentants locaux des IMG, sous forme de listes de lieux de stage. L'interne choisit un stage dans chaque valence parmi ceux proposés sur la liste.

Il est proposé que ce stage s'accompagne de l'introduction de la permanence des soins (PDS) dans la formation de l'IMG, avec la possibilité de réaliser des gardes de médecine générale avec une supervision indirecte par un médecin généraliste participant habituellement à la PDS (cf paragraphe sur la place de la PDS).

Objectifs pédagogiques :

Ce stage doit permettre aux internes de médecine générale d'acquérir les compétences suivantes :

- Travailler en équipe et/ou en réseau lors de situations complexes (aiguës ou chroniques) et coordonner les soins autour du patient ;
- Entreprendre des actions de santé publique ;
- Prendre une décision adaptée en contexte d'urgence et/ou en situation d'incertitude :
 - Faire face à des situations aiguës et/ou vitales rencontrées en médecine générale ;
 - Organiser sa trousse d'urgence.
- Assurer le suivi et la continuité des soins lors des problèmes et pathologies les plus fréquentes chez les enfants, les femmes, les hommes et les personnes âgées.



6.4.2.3. Stage ambulatoire de niveau 3 : AUTONOMISATION

Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS)

Lieu de stage :

Dans un cabinet de médecins généralistes ou en groupe de cabinets. Un coordonnateur ou maître de stage est attribué à chaque interne.

Déroulement du stage :

L'interne de médecine générale consulte en lieu et place du médecin généraliste et est supervisé en permanence de manière indirecte :

- Soit en temps réel : médecin superviseur disponible en permanence sur place (mais non présent avec l'interne dans la salle de consultation) ou par téléphone ;
- Soit décalée dans le temps : relecture quotidienne individuelle des dossiers avec le médecin superviseur et séances hebdomadaires de révision de dossiers ou de bibliographie, et collective par la participation à des groupes de pairs.

Les consultations sont limitées en nombre (6 à 12 actes par demi-journée). L'interne ne peut travailler plus de deux jours consécutifs chez le même médecin. Le maître de stage ne peut exercer régulièrement une activité de consultation concomitante à l'activité de l'étudiant dans son cabinet. Le temps dégagé pour ce maître de stage doit être utilisé pour une activité universitaire (enseignement, formation, recherche).

Objectifs pédagogiques :

Ce stage doit permettre aux internes de médecine générale :

1. De renforcer les compétences acquises dans les stages ambulatoires de niveau 1 et de niveau 2.
2. D'acquérir de nouvelles compétences en vue d'une autonomisation complète :
 - Assurer la gestion des consultations et des visites ;
 - Assurer la gestion administrative, humaine et structurelle de l'entreprise médicale ;
 - Réfléchir à ses actions professionnelles :
 - Evaluation de sa pratique (EPP) ;
 - Réflexion sur sa pratique (groupes de pairs, groupes Balint, etc.) ;
 - Organisation de sa formation professionnelle ;
 - Se familiariser à la recherche en médecine générale :
 - Participation à des travaux de recherche ;
 - Rédaction de publications scientifiques (mémoire, thèse, articles, etc.).

6.4.2.4. Stages hospitaliers

Lieu des stages :

Trois semestres à réaliser en milieu hospitalier, dont obligatoirement :

- Un semestre de médecine adulte : il est proposé de ne plus restreindre ce stage aux seuls services de médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie. Une extension aux autres services de médecine spécialisée tels que la cardiologie, la pneumologie, l'hépto-gastro-entérologie, la neurologie, la rhumatologie, l'endocrinologie, la néphrologie peut être proposée ;



- Un semestre d'urgences adultes, incluant une activité de SAMU/SMUR et une formation théorique à la régulation des appels médicaux ;
- Un semestre de gynécologie-obstétrique et/ou pédiatrie.

Ces stages seront effectués dans des services agréés des centres hospitaliers universitaires ou généraux. L'obligation de réaliser des stages au CHU n'existe plus. N'auront l'agrément pour le DES de médecine générale que les services proposant une formation en rapport avec les objectifs pédagogiques de l'interne de médecine générale.

Déroulement des stages :

Selon les possibilités inhérentes à chaque faculté, ces stages pourront éventuellement être combinés, c'est à dire associer plusieurs lieux de stage au cours du même semestre.

↳ *Exemples : 3 mois de pédiatrie et 3 mois de gynécologie ; 3 mois de rhumatologie et 3 mois de gériatrie long séjour ; 3 mois de neurologie et 3 mois de psychiatrie ; 3 mois d'urgences et 3 mois de SAMU/SMUR, etc.*

Au cours de ces stages hospitaliers, l'activité de l'interne doit pouvoir être orientée au maximum vers une activité de consultation.

Objectifs pédagogiques :

Les stages hospitaliers doivent permettre aux internes de médecine générale d'acquérir les compétences suivantes :

- Compréhension de l'articulation entre soins de premier recours et de second recours :
 - Vision globale de la prise en charge du patient à l'hôpital ;
 - Amélioration de la coordination entre le médecin généraliste et l'hôpital ;
- Formation à la polyvalence :
 - Acquisition de connaissances spécifiques ;
 - Participation à des activités de consultations ;

6.4.2.5. Projet professionnel : ANNÉE PROFESSIONNALISANTE

L'interne doit proposer un projet professionnel personnel sur un an, en le justifiant par des objectifs pédagogiques.

Principe :

Présenter un projet personnel cohérent, en adéquation avec des objectifs professionnels réfléchis et argumentés. Le champ est laissé libre à l'imagination et à l'initiative des internes, dans les limites des possibilités de mise en application pratique de chaque faculté. Cette année professionnalisante doit pouvoir satisfaire tous types de projets professionnels personnels (médecin généraliste de premier recours, médecin généraliste exerçant en milieu hospitalier en médecine polyvalente, DESC, etc.). À chaque interne son projet.

Ce projet doit être anticipé et présenté au Département de Médecine Générale au cours du TCEM 3. Il doit être validé par le coordonnateur de DES de médecine générale afin d'obtenir un agrément.



Lieu de stage :

Variable, adapté au projet professionnel, en milieu hospitalier ou ambulatoire.

- Soit une année complète en ambulatoire

↳ Exemples :

- *En cabinet de médecine générale, sur le mode d'un SASPAS sous sa forme actuelle ou sous une forme évoluée (activité en zone secondaire et tutorat centralisé), en favorisant le travail en réseaux, la participation encadrée au fonctionnement des hôpitaux locaux, etc. Ce projet peut se réaliser au sein d'une structure de santé pluri-disciplinaire ambulatoire ;*
- *Projet de médecine humanitaire (en France ou à l'étranger) ;*

- Soit un semestre en milieu hospitalier et un semestre en ambulatoire

Permettant notamment de compléter l'acquisition de compétences dans un domaine médical spécifique.

↳ Exemples :

- *Un semestre hospitalier en psychiatrie et un semestre ambulatoire chez un praticien de médecine générale ayant une activité complémentaire d'addictologie ;*
- *Un semestre hospitalier en gériatrie et un semestre ambulatoire chez un praticien de médecine générale coordonnateur d'EHPAD ;*
- *Un semestre hospitalier en santé publique et un semestre hospitalier chez un praticien de médecine générale ayant une activité de recherche.*

- Soit deux semestres en milieu hospitalier

Permettant notamment la réalisation des maquettes de DESC.

Modalités de choix :

Spécifiques à cette année professionnalisante.

Les internes de TCEM4 ne sont pas inclus dans la procédure de choix habituelle. Ils doivent réaliser un dossier « projet professionnel », le présenter au DMG et le faire valider. La commission d'agrément donne ou non son accord pour le projet dans son ensemble.

Objectifs pédagogiques :

Ce stage doit permettre à l'interne de médecine générale :

- D'élaborer un projet professionnel cohérent, construit, argumenté ;
- D'entamer une vraie démarche de réflexion sur son exercice futur ;
- De renforcer les compétences acquises au cours des trois premières années de DES et de les intégrer dans une démarche de professionnalisation et d'installation ;
- De réaliser des travaux de recherche (thèse, articles, communication orale, etc.) ;
- D'accompagner les étudiants de second cycle dans la découverte de la médecine générale.

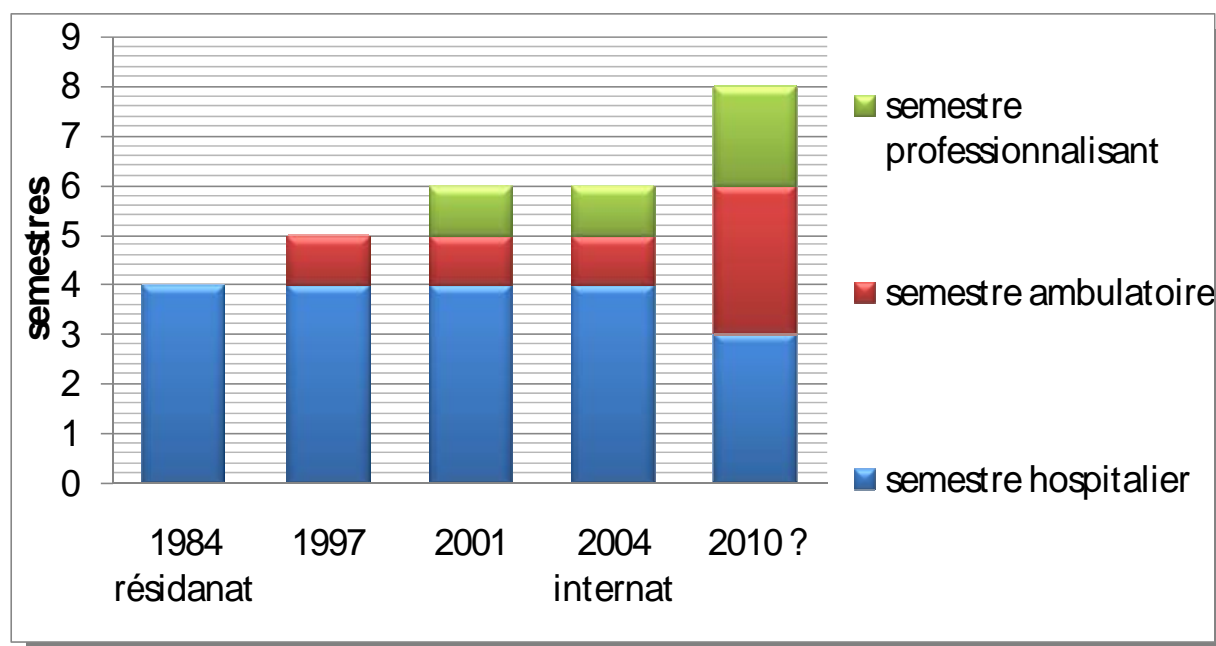


Figure 2 : organisation d'un DES de médecine générale en 4 ans à l'horizon 2010

6.4.3. Argumentaire

Cette proposition de maquette type pour un futur DES en quatre ans se base essentiellement sur les résultats de l'enquête nationale présentée précédemment.

6.4.3.1. Plus d'ambulatoire

Augmenter le temps passé en ambulatoire dans la formation initiale est la première nécessité apparue aux yeux des internes de médecine générale. Après six années de formation exclusivement hospitalière en CHU, il existe un réel besoin - ainsi qu'une véritable demande - de la part des IMG de se former sur leur futur terrain d'exercice, dans des conditions similaires à leur pratique future. Le troisième cycle des études médicales est le temps de la transformation des connaissances acquises au cours des premier et deuxième cycles, en compétences professionnelles. Or, l'acquisition de compétences spécifiques à la spécialité de médecine générale de premier recours ne peut se faire de façon optimale ailleurs qu'en milieu ambulatoire, auprès du médecin généraliste. La maquette proposée suit donc cette ligne de conduite, en proposant un socle minimum de 18 mois en milieu ambulatoire répartis sur les trois premières années du DES, et pouvant s'étendre jusqu'à 30 mois selon le projet professionnel de l'interne.

6.4.3.2. Un stage en médecine générale en début du cursus

La seconde originalité de cette nouvelle maquette est de proposer un stage chez le praticien de médecine générale dès la première année de DES (en premier ou en deuxième semestre). D'une part, confronter rapidement l'interne à la pratique des soins primaires lui permet de se faire un avis éclairé sur le métier de médecin généraliste. L'expérience montre qu'au fur et à mesure des semestres de formation, les projets professionnels des internes évoluent. On observe un intérêt croissant pour les soins primaires, alors que le désir de réaliser un DESC par exemple diminue au fil des années. Le stage chez le praticien de médecine générale est actuellement un tournant dans le cursus de l'IMG. Les projets de carrière sont repensés pour bien souvent se détourner totalement ou partiellement du milieu hospitalier. D'autre part, un passage précoce chez le médecin généraliste permet à l'interne d'optimiser sa formation pratique, notamment dans les autres spécialités hospitalières, avec une logique d'apprentissage tournée vers les attentes de l'ambulatoire.



6.4.3.3. Une progression dans les stages ambulatoires

Proposer un stage en ambulatoire chaque année au cours des trois premières années de DES maintient en permanence l'IMG au contact des effecteurs de soins primaires. L'alternance reproduite sur chaque année avec des stages hospitaliers lui permet de s'imprégner concrètement de la relation ville/hôpital. Les trois niveaux de stages ambulatoires imposent une logique de progression dans l'acquisition des compétences entre le TCEM1 et le TCEM3. En attribuant à chaque stage un des rôles du médecin généraliste, nous avons souhaité rendre plus lisibles les missions de la médecine de premier recours. À chaque stage correspondent des objectifs pédagogiques précis permettant à l'interne de mieux cibler ses apprentissages, et de l'amener progressivement vers une autonomie complète tout en restant encadrée.

6.4.3.4. Un stage de coordination en clé de voûte

Les possibilités de stage en ambulatoire en dehors du cabinet de médecine générale correspondent elles aussi à un souhait fortement exprimé par les IMG. Le but premier de ces journées de stage est de découvrir les exercices des autres professionnels de santé, tant médicaux que paramédicaux, intervenant dans la prise en charge globale des patients en secteur ambulatoire. Ce vaste champ de l'organisation des soins reste pour le moment totalement inconnu à la fin de la formation de l'IMG. L'organisation proposée pour le stage ambulatoire de niveau 2 devrait permettre à l'étudiant d'améliorer sa compréhension du système de santé français, et de l'articulation entre les différents acteurs de soins et du secteur médico-social. Une connaissance indispensable pour maîtriser les outils de la coordination des soins, en intégrant la modélisation de ce que constitue un réseau de professionnels de santé.

Par ailleurs, la possibilité d'effectuer des journées de stage, voire des stages de durée courte avec des spécialistes d'organe exerçant en ville, offre à l'interne la possibilité d'améliorer ses compétences dans des domaines ciblés, en fonction de ses choix (renforcement de connaissances ou comblement de lacunes). Il favorise l'interdisciplinarité.

Enfin, ce stage permet à l'interne l'acquisition de compétences nouvelles orientées vers des populations spécifiques, en complément des stages hospitaliers. Le passage systématique en CMP offre une formation en psychiatrie probablement plus adaptée à l'exercice de la médecine générale qu'un service hospitalier de psychiatrie. Il pourrait en être de même pour la formation en soins palliatifs et en gériatrie, en donnant la possibilité de réaliser des stages respectivement dans des structures d'HAD et en EHPAD.

En variant les terrains de formation au cours de ce stage, ceci devrait permettre d'apporter à l'interne une compréhension de l'organisation des soins de villes et l'aider ainsi à élaborer la base de son projet professionnel de TCEM4.

6.4.3.5. Le stage en CHU facultatif

Concernant les stages hospitaliers, l'urgence est de supprimer le passage obligatoire au CHU pour les internes de médecine générale. La formation en CHU n'apporte rien de plus à l'IMG qu'en centre hospitalier général. Elle peut même lui être parfois préjudiciable en négligeant sa formation au profit des internes spécialistes d'organes (moindre accès aux consultations et aux enseignements théoriques, etc.).

Cependant, la réalisation de stages en CHU par les IMG devrait pouvoir rester possible, sans par ailleurs restreindre cet accès à un seul semestre, afin de conserver les possibilités d'accès aux DESC pour lesquels le passage en CHU est obligatoire pendant un ou plusieurs semestres.

Enfin, avec la reconnaissance universitaire nouvelle de la médecine générale, il est maintenant tout à fait envisageable que la valeur universitaire de l'internat de médecine générale soit apportée par cette discipline, ce qui donnerait un sens fort à cette formation.

6.4.3.6. Des stages hospitaliers combinés

Trois semestres à réaliser en milieu hospitalier semblent un bon compromis entre la part laissée à l'ambulatoire, qui doit être prédominante, et la part hospitalière. Selon les résultats de l'enquête nationale, les IMG sont favorables au maintien des stages d'urgences, de médecine d'adultes (en élargissant



la définition aux services de spécialités d'organes), de gynécologie et de pédiatrie dans la maquette du DES. À ces quatre valences, il pourrait être intéressant d'y ajouter la gériatrie de moyen et long séjour ainsi que la psychiatrie. Ces six valences pourraient donc au mieux être combinées en associations de stages trimestriels (par exemple selon le schéma : médecine adulte / urgences, gériatrie / psychiatrie, et gynécologie / pédiatrie). Étant données les difficultés organisationnelles inhérentes à chaque faculté et centre hospitalier, ce schéma - qui semble optimal pour la formation des futurs généralistes - devrait être proposé mais non imposé.

En tout état de cause, il est préconisé pour le moment de conserver a minima les stages hospitaliers tels qu'ils existent dans la maquette du DES actuel de médecine générale, afin de garder une base existante sur laquelle on pourra faire reposer les évolutions de la formation.

6.4.3.7. Un accès privilégié aux consultations spécialisées

La vigilance doit être renforcée concernant l'agrément donné aux stages hospitaliers. Seuls les stages considérés comme formateurs pour la médecine générale et l'exercice des soins primaires doivent être validant pour le DES de médecine générale (avec une modération pour des stages fléchés spécifiquement DESC). Pour parfaire sa formation pratique, l'IMG doit pouvoir avoir accès de manière privilégiée aux activités de consultation des praticiens hospitaliers, plutôt qu'aux activités traditionnelles de service d'hospitalisation.

6.4.3.8. L'interne acteur de sa formation

La philosophie du projet professionnel est de permettre à l'interne d'orienter sa formation pratique en fonction de ses souhaits de carrière et d'exercice. L'année professionnalisante de TCEM4 lui offrirait un espace de liberté pour se montrer inventif et créatif dans l'élaboration de son projet personnel. Cela implique une réflexion tout au long du cursus, notamment au cours de la troisième année de DES. Cette réflexion sera favorisée par les différents stages ambulatoires proposés : appréhension de la médecine générale lors du stage ambulatoire de niveau 1, intégration de la logique de réseau de soins lors du stage ambulatoire de niveau 2, accession à l'autonomie avec apprentissage des problématiques de gestion de cabinet lors du stage ambulatoire de niveau 3. Ces trois niveaux de stages devraient donner à l'interne les outils nécessaires pour créer un projet professionnel construit et cohérent. Il se familiariserait ainsi progressivement avec les problématiques complexes liées à l'exercice de la médecine générale.

6.4.3.9. Favoriser l'installation des jeunes généralistes

Le passage du statut d'interne de médecine générale à celui de spécialiste en soins primaires deviendrait donc bien plus progressif qu'à l'heure actuelle. L'interne serait accompagné de médecins généralistes tout au long de son cursus, avec une réelle volonté de compagnonnage. Grâce à cette 4^{ème} année de DES, à cheval entre les problématiques de l'interne en formation et celles du praticien installé, le jeune généraliste serait mieux armé pour aborder les étapes du remplacement et de l'installation. À terme, on pourrait ainsi espérer diminuer, de par cette formation initiale davantage professionnalisante, la durée de la phase de remplacement et stabiliser voire avancer l'âge moyen d'installation des médecins généralistes.

6.4.3.10. Accompagner l'accès aux DESC et autres activités hospitalières

L'année professionnalisante offrirait suffisamment de liberté pour permettre aux internes qui le désirent de poursuivre leur formation en milieu hospitalier. L'accès aux DESC quels qu'ils soient sera en ce sens facilité, grâce à une meilleure compatibilité pour la réalisation concomitante de deux maquettes, tout en gardant à l'esprit la valence complémentaire du DESC qui nécessite donc à la base, une formation suffisamment forte dans le cadre du DES d'origine.

Par ailleurs, le maintien d'un accès possible au CHU (non obligatoire mais possible plus d'un semestre), renforcerait cette ouverture cohérente aux DESC, en laissant la possibilité de réaliser l'année entière en CHU si telle est la volonté ou la nécessité de l'interne.



6.4.4. Place de la Permanence Des Soins

6.4.4.1. Le constat

La permanence des soins (PDS) est un des sujets les plus récurrents dans l'actualité professionnelle. Les enjeux qui y sont attachés, en termes d'accès aux soins, placent la PDS ambulatoire comme un des éléments essentiels à la survie du système sanitaire français. Mais le sujet est complexe, autant par les évolutions subies jusqu'ici que par celles qui s'avèrent nécessaires pour que la PDS devienne performante.

La PDS ambulatoire a connu récemment quelques changements d'envergure. La levée de l'obligation individuelle de PDS pour les médecins généralistes installés a semé un certain trouble, avec un désengagement non négligeable des praticiens. A cet écueil il a fallu répondre par une organisation du système, permettant de maintenir opérante l'obligation collective de PDS par la profession. Sectorisation, organisation de la régulation des appels médicaux et construction de maisons médicales de garde ont permis le retour de quelques praticiens vers la PDS. Mais il reste encore beaucoup à faire dans ces champs là. D'autant plus que la crise démographique va fortement déstabiliser le système de PDS, et risque vivement de le mettre à mal, si l'organisation n'est pas assez solide.

Dans cette nouvelle organisation, un élément crucial pour assurer une efficacité durable du système structuré n'a encore jamais été envisagé avec sérieux : la formation à la PDS. Tout simplement... Car la PDS n'est pas une activité innée pour tous les praticiens, et encore moins une activité spontanément attractive, surtout quand on ne l'a pas du tout appréhendée pendant ses dix années d'études. Comment donc envisager de construire un système de PDS performant sans en préparer l'avenir, sans préparer les futurs praticiens à leur avenir professionnel ?

6.4.4.2. L'idée

L'ISNAR-IMG a développé depuis janvier 2007 un projet de participation des internes de médecine générale à la PDS ambulatoire, dans un but pédagogique.¹⁴ Les expérimentations pratiques émergent tant bien que mal avec les moyens du bord, tant que les véritables outils législatifs et statutaires indispensables à la généralisation de ce procédé ne sont pas créés.

La réflexion sur la réalisation d'un DES de médecine générale en quatre ans intègre nécessairement la question de la formation à la PDS ambulatoire sur le plan pratique. Au fur et à mesure que l'interne avance dans sa formation, il semble logique, à l'instar de ce qui se passe pour les autres filières médicales, qu'il puisse réaliser des gardes sur son terrain d'exercice futur au lieu de les réaliser jusqu'à la fin de son cursus dans des services hospitaliers divers, ou encore aux urgences hospitalières. Cette proposition s'appuie sur une large volonté des internes de médecine générale à être formés à la PDS ambulatoire, puisqu'ils sont 82% à souhaiter participer aux gardes, et 59% à vouloir être formés à la régulation médicale.¹⁵

6.4.4.3. En pratique

Le DES en quatre ans permettrait une progression dans la formation sur le terrain d'exercice ambulatoire tout au long du cursus. Cette progression peut aussi être mise en pratique dans l'apprentissage de la PDS.

Avant de permettre à un interne de médecine générale d'effectuer seul des gardes en ambulatoire, il est nécessaire que celui-ci puisse bénéficier d'un enseignement théorique précoce, ainsi que d'une certaine expérience pratique encadrée. Ce schéma correspond au stage ambulatoire de niveau 1 effectué en première année de DES. Au cours de ce stage, l'enseignement théorique de la PDS ambulatoire pourrait être intégré, et l'interne de médecine générale pourrait être amené à effectuer des gardes en présence de ses maîtres de stage (supervision directe).

¹⁴ Participation des internes de médecine générale à la permanence des soins ambulatoire, document de propositions de l'ISNAR-IMG, validé en Conseil d'Administration à Angers, janvier 2007, puis amendé en Conseil d'Administration à Poitiers, mars 2008

¹⁵ Enquête nationale auprès des internes de médecine générale, échantillon de 923 réponses, cf point 3.



Par la suite, la participation semi autonome de l'interne à la PDS pourrait débuter lors du stage ambulatoire de niveau 2 où l'interne commence à être mis en autonomie supervisée. Sur le terrain, l'interne devient effecteur de PDS, mais bénéficie en permanence de l'assistance pédagogique d'un maître de stage enseignant clinicien ambulatoire à distance et/ou décalée dans le temps (supervision indirecte), le praticien ayant l'obligation de se déplacer auprès de l'interne en cas de nécessité. Ce type de participation pédagogique à la PDS ambulatoire peut ensuite être réalisé par l'interne au cours de chacun de ses stages, sur le même mode.

Lors du troisième stage ambulatoire en TCEM3, la possibilité devrait être donnée aux internes d'effectuer une partie de leur stage dans une structure de régulation médicale, de manière supervisée, afin d'apprendre davantage dans ce domaine. Dans tous les cas, la mise en place des gardes supervisées à ce niveau devrait être généralisée pour permettre aux IMG d'en effectuer régulièrement au cours du stage ambulatoire de niveau 3 et de l'année professionnalisante.

A l'issue de cette période de formation répétée au cours de plusieurs stages, les internes devraient ainsi bénéficier des outils minimum pour pouvoir réaliser des gardes de PDS ambulatoire en tant que médecin remplaçant, et ce, avant la fin de leur cursus pour ceux qui le souhaiteraient (voir paragraphe suivant sur la place du remplacement).

La formation théorique et pratique des internes à la PDS ambulatoire devrait être privilégiée lorsque les internes sont en stage ambulatoire, et si une étape reposant initialement sur le volontariat des internes pourrait sembler nécessaire, l'évolution vers une obligation encadrée de ces gardes au cours des stages ambulatoires pourrait être envisagée à terme. La possibilité que les internes de médecine générale puissent également réaliser ces gardes en lieu et place des gardes hospitalières devrait également faire l'objet d'une réflexion spécifique.

Les modalités de rémunération et de repos de sécurité dans les suites d'une garde en PDS ambulatoire devraient être organisées à l'identique de ce qui se fait pour les gardes d'interne en milieu hospitalier.

6.4.4.4. Les objectifs

L'objectif premier est de permettre aux futurs médecins généralistes de bien appréhender cette partie spécifique de l'exercice, afin d'assurer dans les suites un taux et une qualité de participation à la PDS permettant de répondre efficacement à cette mission de service public.

L'idée permet également de répondre en partie aux courbes démographiques divergentes entre celle des internes qui augmente pour aller jusqu'à doubler, et celle des médecins installés qui diminue fortement. D'un côté, les terrains de stage hospitaliers et les secteurs de gardes correspondant devraient arriver à saturation, et de l'autre les effecteurs de PDS vont aller quoi qu'il arrive en diminuant.

Enfin, la participation des internes à la PDS ambulatoire permet, en plus de la mission pédagogique et de la mission de service public, de compenser la forte perte de rémunération attendue des internes, avec la diminution de la fréquence des gardes hospitalières due à la saturation prévisible des pools de garde.

6.4.5. Place du remplacement

6.4.5.1. Le constat

Actuellement, les IMG ont le droit de remplacer dès qu'ils ont validé trois semestres, dont leur stage chez le praticien de niveau 1, soit pour la plupart dès le 3^{ème} ou 4^{ème} semestre validé.

Ainsi, ils peuvent se retrouver complètement autonomes et responsables de leurs actes d'un point de vue médico-légal, alors même qu'ils n'ont pas réalisé de stage dans leur discipline en autonomie supervisée, hormis lors de la phase toute terminale de leur stage chez le praticien de niveau 1. Inversement, les IMG de fin de cursus peuvent se retrouver en stage niveau 2 en autonomie supervisée (SASPAS) alors même qu'ils ont déjà réalisé des remplacements.



Cette situation ne semble donc pas logique dans une optique de filière d'excellence et à visée professionnalisante. En effet, le remplacement ne doit pas être conçu comme un moyen de se former ou de parfaire sa formation initiale. Il ne doit pas non plus être un exercice « bâclé » aux dépens de la qualité des soins prodigués aux patients. Il ne doit pas mettre l'interne dans la situation de pratiquer une activité uniquement pour son but lucratif. Enfin, il ne doit pas exposer le jeune médecin à des risques médico-légaux pour lesquels il ne serait pas forcément couvert en tant que médecin remplaçant non thésé.

6.4.5.2. L'idée

Dans cette optique d'excellence et de formation articulée avec l'exercice professionnel, afin d'arriver sur le marché du travail exempt de toute appréhension et directement comme acteur efficient du système de soins, il semble primordial que l'obtention d'une licence de remplacement de médecin généraliste non thésé soit sous tendue à la validation :

- d'un stage niveau 1, axé sur le soin et la prévention ;
- d'un stage niveau 2, axé sur la coordination et la permanence des soins ;
- d'un stage niveau 3, axé sur l'acquisition de l'autonomie ;

6.4.5.3. En pratique

Lorsque ces trois stages ambulatoires de niveau 1 à 3 sont validés, la faculté de médecine remet systématiquement une attestation à l'interne, afin que celui-ci puisse la faire valoir auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins pour obtenir une licence de remplacement.

Avec ce nouveau schéma du DES en quatre ans, l'interne de médecine générale pourrait être amené à effectuer des remplacements à l'issue de son 5^{ème} ou de son 6^{ème} semestre validé, après avoir bénéficié d'un apprentissage de trois semestres en milieu de soins ambulatoires.

Cette nouvelle organisation permet de se conformer davantage à celle des internes de spécialités d'organe qui ne peuvent accéder au remplacement qu'après plusieurs semestres de stages dans leur discipline.

6.4.5.4. Les objectifs

Demander une expérience plus approfondie du métier de médecin généraliste avant de pouvoir remplacer se justifie par la complexité et la diversité des connaissances et des outils à maîtriser pour être un professionnel compétent.

En outre ceci permet donc au jeune professionnel non thésé d'avoir la possibilité de remplacer avant d'être diplômé, mais en ayant toutefois une expérience suffisante issue de sa formation pour lui apporter des conditions d'exercice sécurisées.

Enfin, pour le patient, il s'agit aussi d'apporter la garantie d'avoir de jeunes remplaçants compétents afin d'assurer une certaine sécurité et qualité dans l'offre de soins.

6.4.6. Modalités de choix de stages

6.4.6.1. Exposé des faits

Il existe, à l'heure actuelle, une grande disparité dans l'organisation des choix des stages des internes de médecine générale selon les facultés. Cette disparité s'explique par une certaine liberté laissée aux facultés malgré une loi assez simple et claire régissant normalement les choix de stage selon l'ancienneté (nombre de semestres validés), et le classement aux ECN.

Puisque l'objectif, à terme, est de former en nombre et en qualité des médecins généralistes à même de remplir leurs fonctions sur l'ensemble du territoire, il est logique de réfléchir aux solutions permettant de



faciliter de manière adaptée un certain ancrage territorial de ces praticiens en formation. Pour ce faire, il faut considérer quelques points importants :

- Un interne de médecine générale est à la fois un praticien à plein temps exerçant ses fonctions de médecin sur son lieu de stage et, en même temps, un étudiant qui tend, à court ou moyen terme, à finir son cursus par l'obtention de son DES puis de sa thèse d'exercice.
- Pendant les années de son troisième cycle spécialisé, il est amené à changer tous les semestres de lieu de stage. Ces changements récurrents ne lui apportent qu'une visibilité à très court terme sur son avenir, les déménagements professionnels d'un semestre à l'autre pouvant se faire d'un bout à l'autre d'une région administrative.
- Ces jeunes gens âgés en moyenne de 25 à 30 ans sont à un carrefour de leur vie personnelle, professionnelle et familiale.

6.4.6.2. Un choix par année

Sans modifier profondément les choses et sans qu'il soit porté atteinte aux libertés des facultés et des autres intervenants, il peut sembler judicieux de proposer que les stages soient choisis pour une année complète, et ce, d'autant plus dans l'optique d'un DES en quatre ans.

Concrètement, il serait proposé à l'étudiant, au cours de la première session de choix (au mois d'octobre), de se prononcer non pas uniquement sur les six prochains mois de son cursus mais aussi, et c'est là où les choses changent, sur les six mois qui suivent. Cette évolution dans les modalités de choix pourrait répondre à plusieurs problématiques.

En effet, les IMG ayant désormais une lisibilité d'un an sur leur avenir, et non plus six mois, seraient plus à même de s'organiser à un moment clé et charnière de leur existence. Un choix de poste sur un an, s'il ne réduirait pas forcément les problèmes liés à la mobilité imposée, surtout aux derniers classés des promotions, leur permettrait de préparer plus à l'avance un éventuel déménagement, au lieu d'être contraints à s'organiser deux semaines avant le changement de semestre comme c'est souvent le cas actuellement. Cette mesure est d'autant plus importante que les IMG sont amenés à changer de lieu de stage plus fréquemment et avec une plus grande amplitude de distance que leurs collègues des autres spécialités. Ceci s'explique par le modèle de maquette de stage et par les lieux de réalisation de ces stages.

On peut estimer que les IMG seraient plus à même de se fixer territorialement en organisant leur formation, s'ils changent moins souvent de lieu de stage ou bien si ce changement est assez largement anticipé. Cette mesure vise donc à corriger les effets négatifs d'une mobilité à outrance et parfois imposée qui prévaut au sein de la profession, et qui pourrait être de nature à nuire au bon fonctionnement du système de soin.

Il est à noter qu'il n'est pas proposé ici de lier la réalisation de deux stages d'une même année sur un même territoire, ce choix devant revenir aux étudiants dans le respect de leur liberté et des possibilités de stages offertes.

6.4.6.3. Les exceptions et limites du système

Ce système, à la fois novateur et ambitieux, est clairement destiné à proposer aux IMG une amélioration de leur qualité de vie sans bouleverser profondément le système et sans coût supplémentaire pour la collectivité.

Il a cependant des limites. L'une d'entre elle est la liberté même des étudiants à ne pas suivre, pour des raisons diverses, le cursus de manière stricte et rigoureuse (mise en disponibilité, arrêts de travail, congés maternités, etc.).



Toutes les exceptions doivent pouvoir s'envisager, et ne sont proposées ici que des réponses générales quelle que soit la raison d'interruption du cursus. On peut donc considérer les cas de figure suivants :

- Si l'IMG perd un semestre hospitalier, il s'agirait alors de lui faire suivre la marche normale de son cursus jusqu'à son terme théorique et de lui faire réaliser au-delà, le semestre nécessaire à la validation de sa maquette.
- Si l'IMG ne valide pas deux semestres (successivement ou de manière cumulée non consécutive), cela revient à décaler d'un an son avancement dans le cursus. Ainsi, il choisirait avec la promotion suivante sans autre particularité à l'issue de la période.
- Si l'IMG perd un nombre de semestres impair supérieur à un, il sera intercalé dans la promotion inférieure, et réaliserait son dernier semestre de manière décalée, lorsque la promotion qu'il a intégrée sera arrivée au terme du cursus.
- Toutefois, afin de conserver le caractère pédagogique progressif de la maquette du DES, il conviendra de veiller à ce que chaque IMG réalise les stages ambulatoires dans l'ordre prévu. Ainsi, un IMG n'ayant pas réalisé ou validé un stage ambulatoire dans l'une de ses années, pourra conserver son classement dans la promotion, mais devra bénéficier d'un choix de stage ambulatoire dans la liste correspondante au stage manquant.

6.4.7 Modalités de financement

6.4.7.1. Etat des lieux

Les modalités de financement des internes, et notamment des internes de médecine générale qui effectuent des stages hors milieu hospitalier, sont extrêmement variées et complexes.

Ainsi, les internes sont payés par le CHU de rattachement quand ils effectuent leur stage :

- En CHU ;
- Dans un Centre Hospitalier Public Militaire ;
- En hors subdivision (paiement par le CHU d'origine, sauf pour les stages se déroulant dans les DOM-TOM où c'est alors le CHU d'accueil qui rémunère l'interne).¹⁶

Les internes sont payés par le CHU, qui est ensuite remboursé par la DRASS via l'ARH, dans le cas des stages :

- Chez le praticien de médecine générale ;
- En SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé) ;
- Dans le cadre d'un projet professionnel (PMI, médecine pénitentiaire, médecine humanitaire...).

Lorsqu'un interne effectue un stage en CHPPSPH (Centre Hospitalier Privé Participant au Service Public Hospitalier), son salaire de base est versé par le CHU (ensuite remboursé par le CHPPSPH), ses gardes et astreintes sont rémunérées directement par le CHPPSPH).

Lors des stages en CHG (Centre Hospitalier Général), le salaire des internes est financé par l'établissement d'accueil.

6.4.7.2. Problématiques

La problématique essentielle réside dans l'organisation même du système et notamment dans l'existence d'un intermédiaire dans la distribution des subsides des internes. En effet, le CHU apparaît comme

¹⁶ Arrêté du 22 septembre 2004 relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales appelés internes ou résidents



financeur dans tous les cas alors qu'il ne constitue qu'une part infime du temps de formation pour l'interne de médecine générale : un seul semestre dans la maquette actuelle, et ne constituant même plus un terrain de stage obligatoire dans la nouvelle maquette proposée ici.

A l'heure actuelle, les CHU perçoivent donc une enveloppe globale avec laquelle ils doivent rétribuer les internes. Il est toutefois à noter qu'en dépit de gros efforts de gestion de ces établissements rien ni personne n'est en mesure d'auditer et/ou de suivre le déploiement de ces budgets.

Par ailleurs, il existe un conflit d'intérêts au cœur même du système puisque le CHU qui est le payeur dans de nombreux cas, doit parvenir à l'équilibre budgétaire tout en assurant son nécessaire devoir de formation. Il arrive donc qu'apparaissent des freins administratifs lorsqu'il s'agit de financer des postes hors CHU qui, par essence et a priori, ne sont pas en mesure de leur apporter un retour direct sur investissement.

6.4.7.3. Les budgets sac-à-dos adaptés au terrain

L'idée est donc de se passer de cet intermédiaire. Il est ainsi proposé d'extraire du budget des hôpitaux la part correspondant au salaire des internes et de confier cette enveloppe à un organisme indépendant, qui pourrait être initialement l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), puis l'Agence Régionale de Santé qui la remplacera. Cette dernière rémunérerait directement l'interne quel que soit son lieu de stage.

Cette solution existe déjà a minima sous le nom de budgets « sac à dos ». En effet, en 2006, la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) a annoncé la création de postes « escargot ». Le nombre initial de 250 postes devait atteindre 850 en 2007, puis être réévalué régulièrement en fonction de l'augmentation du numerus clausus. Cependant, ce budget est attribué aux ARH sans qu'il ne soit donné de consignes officielles d'utilisation et encore moins d'attribution. La lisibilité des flux financiers est donc actuellement quasi inopérante.

Ce mode de financement des postes des internes est ce qu'il y a aujourd'hui de plus adapté pour permettre aux internes de médecine générale d'être formés dans des cabinets de médecine générale, ou dans des structures participant activement au tissu professionnel des soins primaires, mais n'ayant pas la capacité de les rémunérer directement.

Le système existant déjà, il est proposé de le généraliser à l'ensemble des internes en médecine générale, qui seraient alors directement rémunérés par l'Agence Régionale sans aucun intermédiaire, limitant ainsi les conflits d'intérêts.

Il va de soi qu'il faut dès aujourd'hui auditer les finances des CHU pour pouvoir en extraire la part liée au financement de ces postes et ainsi pouvoir la réattribuer aux ARH.

6.4.8. Modalités transitoires et mesures d'accompagnement

6.4.8.1. Ouvrir le stage libre à la médecine générale

La construction d'un DES de médecine en quatre années tel que proposé ici, nécessite des évolutions importantes qui doivent être préparées pour que la marche ne soit pas brutale. Ainsi, quelques ajustements semblent nécessaires à apporter au niveau des textes législatifs actuels, afin d'introduire plus de souplesse dans la réalisation de la maquette des stages pour le DES de médecine générale.

Concernant la notion de stage libre mentionnée à l'article 3 de l'arrêté du 19 octobre 2001,¹⁷ et précisée dans l'annexe V de l'arrêté du 22 septembre 2004,¹⁸ l'orientation obligatoirement hospitalière de l'un d'eux devrait être supprimée, afin de permettre aux IMG en ayant la possibilité, de réaliser trois semestres en médecine générale.

¹⁷ Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales

¹⁸ Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des Diplômes d'Etudes Spécialisées de médecine



Une modification des textes sus cités rendrait déjà plus cohérente la formation actuelle en trois ans des futurs généralistes ayant la possibilité de se former plus longtemps en ambulatoire, dans la mesure où ils satisfont aux autres règles en vigueur pour la validation de la maquette (stages hospitaliers en médecine d'adultes, en médecine d'urgence, en pédiatrie et/ou gynécologie, dont un en CHU).

6.4.8.2. Préparer l'équivalence de diplôme

L'évolution de la formation spécialisée en médecine générale d'une durée de trois ans à une durée de quatre ans aboutira nécessairement à la délivrance d'un nouveau type de DES de médecine générale, basé sur un contenu différent.

Ce nouveau diplôme, nécessaire à une meilleure formation initiale des médecins généralistes, ne devrait toutefois pas engendrer de différences de traitement dans le champ professionnel, en fonction du diplôme obtenu. En effet, on peut considérer qu'une validation des acquis issus de l'expérience des médecins ayant obtenu un DES en trois ans permettrait de formuler une équivalence professionnelle avec les nouveaux diplômés en quatre ans.

En tout état de cause, le processus d'équivalence de diplôme devrait être prévu dès la rédaction des textes engageant la réforme du troisième cycle de médecine générale.

7. CONCLUSION

A l'heure où la médecine générale prend la mesure de son rôle central dans le système de soins français, et au moment où la question de l'organisation de la santé pose de nouvelles bases, l'ISNAR-IMG formule le souhait d'une discipline d'excellence exercée par des professionnels formés en nombre et en qualité. La formation pratique initiale des internes de médecine générale doit donc reposer sur une structure solide, cohérente, et progressive, permettant de répondre efficacement aux missions du médecin généraliste. Une formation professionnalisante vers un exercice identifié.

Une formation solide en ambulatoire pour les futurs effecteurs de soins primaires, le développement de véritables projets professionnels, et l'alignement de la formation pratique des internes de médecine générale sur celle des internes des autres spécialités sont les points fondamentaux que l'ISNAR-IMG propose pour réformer la maquette du DES de médecine générale. Il est donc de notre devoir de soutenir et de porter ces idées comme autant d'obligations pour la formation des futurs médecins généralistes.

La volonté et l'ambition de faire de la médecine générale une discipline d'excellence humaine, intellectuelle et pratique, doit guider l'ensemble des pouvoirs publics dans l'évolution de ce dossier. En faire effectivement le pilier du système de soins français dans des conditions optimales d'exercice pour ses praticiens et de sécurité pour les patients est un enjeu majeur de santé publique.

L'ISNAR-IMG, en se basant sur les attentes recueillies des milliers d'internes de médecine générale qu'elle représente, propose alors que soit créé sans tarder un groupe de travail ministériel sur l'évolution de la maquette du DES de médecine générale, en prenant appui sur les éléments suivants :

- l'allongement du troisième cycle de médecine générale à quatre ans ;
- un temps de formation approfondi en stages ambulatoires, la nouvelle maquette proposant une flexibilité allant de 18 mois à 30 mois dans ce secteur contre 12 mois maximum aujourd'hui ;
- une plus grande progressivité des stages chez le praticien de médecine générale et un soutien affirmé dans la marche vers l'autonomie, avec une redéfinition de la place de la PDS et du remplacement ;
- la généralisation et l'application d'un véritable projet professionnel pour tous.



ANNEXES



ANNEXE 1 :

Liste des abréviations utilisées

- ◇ ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- ◇ ARS : Agence Régionale de Santé
- ◇ CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
- ◇ CHG : Centre Hospitalier Général
- ◇ CHU : Centre Hospitalier et Universitaire, parfois CHRU, Centre Hospitalier Régional et Universitaire
- ◇ CHPPSPH ou PSPH : Centre Hospitalier Privé Participant au Service Public Hospitalier
- ◇ CMP : Centre Médico-Psychologique
- ◇ CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
- ◇ CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- ◇ DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
- ◇ DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
- ◇ DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- ◇ DMG : Département de Médecine Générale
- ◇ DOM-TOM : Départements et Territoires d'Outre Mer
- ◇ DRASS : Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
- ◇ ECN : Epreuves Classantes Nationales
- ◇ EGéOS : Etats Généraux de l'Organisation de la Santé
- ◇ EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- ◇ EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
- ◇ FUMG : Filière Universitaire de Médecine Générale
- ◇ HAD : Hospitalisation à Domicile
- ◇ IGAENR : Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche
- ◇ IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- ◇ IMG : Interne de Médecine Générale
- ◇ ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
- ◇ LMD : Licence Master Doctorat
- ◇ OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ◇ PDS : Permanence des Soins
- ◇ PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
- ◇ PMI : Protection Maternelle et Infantile
- ◇ SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
- ◇ SMUR : Service Médical d'Urgence et de Réanimation
- ◇ SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
- ◇ SNEMG : Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale
- ◇ TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales, le nombre qui suit qualifiant l'année d'étude dans ce cycle
- ◇ WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and academic associations of general practitioners / family physicians

ANNEXE 2 :

Définition OMS de la Médecine Générale

CADRE POUR LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL ET ADMINISTRATIF DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE ET DE LA MÉDECINE DE FAMILLE EN EUROPE - 1998 - Organisation mondiale de la santé - Bureau régional pour l'Europe

CARACTÉRISTIQUES DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

La médecine générale peut se développer dans différents systèmes de santé. Malgré les différences de planification, d'organisation et d'administration d'un système à l'autre, on retrouve dans tous les pays certaines caractéristiques propres à la médecine générale. Bien que certaines d'entre elles s'appliquent également à d'autres spécialités médicales, elles sont considérées comme s'appliquant tout particulièrement à la médecine générale. La médecine générale peut être définie comme suit :

1. Générale

Le champ de la médecine générale s'étend à tous les problèmes de santé de l'ensemble de la population. La médecine générale n'exclut aucune catégorie de la population en raison de l'âge, du sexe, de la classe sociale, de l'ethnie ou de la religion ; de même, elle n'exclut aucune catégorie de symptômes dont se plaint le malade ni aucun problème de santé. L'accès à la médecine générale doit être facile et rapide. Il ne doit pas être entravé par la situation géographique, la culture et les obstacles administratifs ou financiers.

2. Continue

La médecine générale est avant tout centrée sur la personne et non sur la maladie. Elle repose sur la relation personnelle à long terme qui existe entre le patient et le médecin ; elle prend en charge la santé des individus longitudinalement pendant de longues périodes de leur existence et ne se limite pas au traitement particulier d'une maladie.

3. Globale

La médecine générale offre aux individus des activités intégrées dans les domaines de la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins préventifs, la réadaptation et les soins palliatifs, dans une optique physique, psychologique et sociale. Elle prend en charge aussi bien les malades que les personnes en mauvaise santé et fait la synthèse entre les aspects humains et éthiques inhérents à la relation qui existe entre le patient et le médecin, et la prise de décisions au niveau clinique.

4. Coordonnée

La médecine générale permet à la grande majorité des problèmes de santé, dont souffrent les individus, d'être résolus lors de la première consultation, mais chaque fois qu'il est nécessaire, le médecin de famille doit adresser le patient en temps voulu au spécialiste approprié ou à un autre professionnel de santé. Dans ces cas, le médecin de famille doit informer les patients sur les services de soins disponibles et sur la meilleure manière de les utiliser et coordonner les avis et les aides que le patient reçoit. Il doit exercer les fonctions de la prise en charge des soins par rapport aux autres dispensateurs de soins et travailleurs sociaux en donnant des conseils à ses patients en matière de santé.

5. Axée sur le travail en collaboration

Le médecin de famille doit être prêt à collaborer avec d'autres médecins, dispensateurs de soins et travailleurs sociaux en leur déléguant les soins à apporter à son patient chaque fois que nécessaire, compte dûment tenu de la compétence des autres disciplines. Il doit faire partie d'une équipe multidisciplinaire performante et y jouer un rôle actif et être prêt à en être le chef de file.

6. Orientée vers la famille

En médecine générale, les problèmes de santé des individus doivent être étudiés dans les contextes familial, social et culturel et en tenant compte de leurs conditions de vie et de travail.

7. Locale

Les problèmes du patient doivent être examinés compte tenu de son cadre de vie local. Le médecin de famille doit être conscient des besoins sanitaires du quartier ou de la collectivité au sein de laquelle il exerce et collabore avec des professionnels et des organismes d'autres secteurs et avec des associations d'entraide afin de mettre en place des solutions positives pour remédier aux problèmes sanitaires locaux.



ANNEXE 3 : **DÉFINITION EUROPÉENNE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE WONCA EUROPE 2002**

DEFINITIONS EUROPEENNES

des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille
proposées par la WONCA EUROPE
(Société Européenne de médecine générale - médecine de famille)

La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

I. Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale-médecine de famille

- A. Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- B. Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- C. Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- D. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- E. Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- F. Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- G. Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- H. Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- I. Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- J. Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- K. Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

II. La Spécialité de la Médecine Générale - Médecine de famille :

Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.



III. Les compétences fondamentales de la Médecine Générale - Médecine de famille

La définition de la discipline comme de la spécialité doit mettre en évidence les compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. « Fondamental » signifie essentiel à la discipline, indépendamment du système de santé dans lequel ces définitions sont appliquées.

§ 1.

Les onze caractéristiques centrales qui définissent la discipline se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin de famille spécialisé doit maîtriser. Elles peuvent être rassemblées en *six compétences fondamentales* (en référence aux caractéristiques) :

1. La gestion des soins de santé primaires (a,b)
2. Les soins centrés sur la personne (c,d,e)
3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes (f,g)
4. L'approche globale (h,i)
5. L'orientation communautaire (j)
6. L'adoption d'un modèle holistique (k)

§ 2.

Le généraliste applique ces compétences dans *trois champs d'activité* :

1. démarche clinique,
2. communication avec les patients,
3. gestion du cabinet médical.

§ 3.

Comme discipline scientifique centrée sur la personne, *trois dimensions spécifiques* doivent être considérées comme fondamentales :

1. Contextuelle: utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture
2. Comportementale: basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique
3. Scientifique: adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité.

L'interrelation entre *les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques* caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialisation.

C'est cette interrelation complexe des compétences fondamentales qui doit servir de guide et se retrouver dans le développement des programmes de formation, de recherche et d'amélioration de la qualité.



ANNEXE 4 : **Questionnaire DES**



Questionnaire Évolution de la Formation de l'Interne de Médecine Générale

IDENTIFICATION

Sexe

- F
 M

Ville de Faculté 3^{ème} cycle :

Ville de Faculté 2^{ème} cycle :

Ville et département d'origine :

Age :

Niveau dans le cursus :

- 1^{er} semestre
 2^{ème} semestre
 3^{ème} semestre
 4^{ème} semestre
 5^{ème} semestre
 6^{ème} semestre
 Terminé

Statut :

- IMG
 Résident

Thèse :

- Non débutée
 En cours
 Soutenue

1/ La médecine générale a-t-elle été :

- Le premier choix
 Un choix par défaut (vous auriez préféré faire autre chose)
 Un deuxième choix (par l'utilisation du droit au remord)

2/ Regrettez-vous le choix de la médecine générale ?

- Oui
 Non
 Ne sait pas

3-2/ Aux « Urgences » ?

- Oui
 Non
 En cours

3-3/ En pédiatrie et/ou gynécologie ?

- Oui
 Non
 En cours
- Si oui, cela a-t-il été ?
 en pédiatrie
 en gynécologie
 en pédiatry gynéco couplées

3-4/ En « médecine d'adulte » ?

- Oui
 Non
 En cours

3-5/ Semestre professionnalisant :

- Oui
 Non
 En cours
- Si oui, cela a-t-il été un SASPAS ?
 Oui
 Non

Pour les filles :

4/ Avez-vous été enceinte en cours d'internat ?

- Oui
 Non

5/ Avez-vous renoncé à une éventuelle grossesse à cause de votre internat ?

- Oui
 Non
- Si oui, pourquoi ?

6/ Souhaitez-vous faire un DESC ?

- Oui
 Non
- Si oui, lequel ?



3/ Avez-vous validé le stage :

3-1/ Chez des praticiens généralistes agréés ?

- Oui
 Non
 En cours
- Si oui, ce stage vous a-t-il déçu ?
 Oui
 Non

8/ Comment envisagez-vous votre exercice professionnel ?

- Médecine générale en cabinet à titre exclusif
 Médecine générale associée à une autre activité
 Pas du tout de Médecine générale
 Ne sait pas encore

9/ Avez-vous déjà remplacé ?

- Oui
 Non

10/ Avez-vous déjà effectué des gardes en ambulatoire ?

- Oui
 Non

VOTRE FORMATION ACTUELLE

11/ Comment estimez-vous votre formation pratique actuelle (c'est-à-dire vos stages) ?

- Très satisfaisante
 Satisfaisante
 Peu satisfaisante
 Pas du tout satisfaisante

12/ Que pensez-vous de la maquette du DES de Médecine Générale (à savoir 6 semestres, dont un semestre obligatoire en médecine d'urgence, un en pédiatrie et/ou gynécologie, un en médecine d'adulte, un chez le praticien généraliste ambulatoire, un semestre professionnalisant, et un semestre libre) ?

12-1/ Adaptée à la pratique de la médecine générale ?

- Oui
 Non

12-2/ Trop hospitalière ?

- Oui
 Non

12-3/ Trop ambulatoire ?

- Oui
 Non

12-4/ Permet une formation assez polyvalente pour votre pratique future ?

- Oui
 Non

7/ Si oui, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- Pour diversifier votre activité
 Pour vous spécialiser
 Par désir de formation
 Pour exercer en hospitalier
 Dans l'espoir d'augmenter votre revenu

14/ Pensez-vous que la formation actuelle manque de stages ambulatoires (c'est-à-dire non hospitaliers, par exemple : PMI, cabinets de spécialistes de ville, cabinets de médecine générale, etc...) ?

- Oui
 Non

15/ En vous basant sur votre apprentissage pratique (ce que vous apprenez au cours du semestre), pensez-vous que la durée d'un stage (6 mois) est :

- Adaptée
 Trop courte
 Trop longue

16/ En vous basant maintenant sur votre ressenti (questions pratiques, déménagement, garde des enfants, autres ??), pensez-vous que la durée de chaque stage (6 mois) est :

- Adaptée
 Trop courte
 Trop longue

17/ Actuellement, quels sont vos 4 principaux critères de choix de vos stages ? (en les classant par ordre de priorité : numérotez de 1 à 4)

- Qualité de formation
 Souhait de validation des stages de la maquette
 Eloignement géographique
 Possibilité de se passer de la voiture
 Temps libre qu'il autorise (horaires, gardes, astreintes de week-end)
 Possibilité de se loger sur place
 Compatibilité avec la vie personnelle (conjoint, enfant (s), ...)
 Pas vraiment le choix

L'AVENIR DE LA FORMATION : VOS DESIRS

18/ Que pensez-vous d'un allongement de la durée de l'internat de Médecine Générale à 4 ans ?

- Vraiment pour
 Plutôt pour
 Plutôt contre
 Vraiment contre

19/ Si le DES de Médecine Générale passait à 4 ans, que penseriez-vous d'une réduction des 1^{er} et 2^{ème} cycles à 5 ans (dans le cadre du système LMD – Licence, Master, Doctorat – par exemple) ?

- Vraiment pour
 Plutôt pour
 Plutôt contre
 Vraiment contre

13/ Pensez-vous qu'il faille maintenir le principe d'une maquette de stage à accomplir?

- Oui
 Non

• Si oui, pensez-vous qu'il faille réformer celle-ci ?

- Oui
 Non

1.1 LA FORMATION EN PEDIATRIE ET GYNECOLOGIE

21/ Vous sentez-vous actuellement suffisamment formés à la pédiatrie ?

- Oui
 Non

22/ Vous sentez-vous actuellement suffisamment formés à la gynécologie ?

- Oui
 Non

23/ Pensez-vous que la formation des médecins généralistes doit comprendre des stages obligatoires à la fois en gynécologie ET en pédiatrie ?

- Oui
 Non

• Si oui, la durée idéale de ces stages vous semblerait être de :

- 6 mois chacun
 3 mois chacun
 autre durée, précisezmois

24/ En ce qui concerne le stage en gynécologie, préféreriez-vous qu'il se fasse :

- En gynécologie ambulatoire (en ville)
 En gynécologie hospitalière
 En ville et à l'hôpital
 Chez un médecin généraliste avec des compétences reconnues en gynécologie

25/ Concernant le stage en pédiatrie, préféreriez-vous qu'il se fasse :

- En pédiatrie ambulatoire
 En pédiatrie hospitalière
 En ville et à l'hôpital
 Chez un médecin généraliste avec des compétences reconnues en pédiatrie

26/ Que pensez-vous d'une formation en pédiatrie qui se ferait sur un an avec deux stages de trois mois pour être formés à la fois aux pathologies hivernales et estivales ?

- Vraiment pour
 Plutôt pour
 Plutôt contre
 Vraiment contre

20/ Si deux semestres étaient rajoutés à votre formation, souhaiteriez-vous qu'ils le soient :

- Tous les deux en médecine générale ambulatoire
 Tous les deux en stage hospitalier
 Un en ambulatoire, un en hospitalier
 Ouverts vers d'autres spécialités ambulatoires
 Autre, précisez :

28/ Souhaiteriez-vous qu'un 2^{ème} stage obligatoire en cabinet de Médecine Générale entre dans la maquette ?

- Oui
 Non

• Si oui, le souhaiteriez-vous :

- En supervision directe (type stage chez le praticien actuel = stage niveau 1)
 En supervision indirecte (type SASPAS = stage niveau 2)

29/ Que pensez-vous de l'idée d'introduire une journée par semaine en cabinet de médecine générale tout au long du cursus de 3^{ème} cycle ?

- Vraiment pour
 Plutôt pour
 Plutôt contre
 Vraiment contre

1.5 STAGE « médecine D'URGENCE »

30/ Ce stage vous semble-t-il adapté à la pratique des soins ambulatoires ?

- Oui
 Non

31/ Aimeriez-vous que le passage au SAMU / SMUR devienne obligatoire au sein de ce stage ?

- Oui
 Non

32/ Pensez-vous que ce stage doive :

- Rester dans la maquette (donc obligatoire)
 Etre facultatif

33/ Aimeriez-vous pouvoir effectuer ce stage au sein de structures type SOS Médecins, maisons médicales de garde ?

- Oui
 Non

• Si oui, trouvez-vous cela plus adapté à la formation en médecine générale ?

- Oui
 Non

1.6 STAGE « médecine D'ADULTES »

34/ Dans les textes de loi, ce stage est défini ainsi « médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie court séjour ». Pensez-vous qu'il doit rester obligatoire dans la maquette ?

- Oui
 Non

1.2 STAGE (S) en médecine générale ambulatoire

27/ Pensez-vous qu'un seul stage chez le praticien généraliste ambulatoire soit suffisant pour l'obtention d'un DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) de médecine générale ?

- Oui
 Non

1.3 STAGE au chu

36/ Pensez-vous que ce stage doit :

- Rester obligatoire
 Devenir facultatif

37/ Aimerez-vous avoir la possibilité d'en faire plus d'un ?

- Oui
 Non

• Si oui, pourquoi ?

- pour faciliter l'accès aux DESC
 par principe d'égalité avec les autres spécialités
 par commodité personnelle
 pour une amélioration de la formation

1.4 OUVERTURES

38/ Trouveriez-vous intéressante la possibilité d'aménager un semestre avec divers spécialistes ambulatoires (Dermatologue, Rhumatologue, Cardiologue, Psychiatre, Endocrinologue....) ?

- Oui
 Non

39/ Ces domaines vous semblent-ils utiles dans la formation spécifique à la médecine générale ?

Addictologie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Allergologie et Immunologie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Cardiologie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Chirurgie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Dermatologie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Endocrinologie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Epidémiologie – Santé Publique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Hépatogastro-Entérologie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Génétique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Gériatrie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Gynécologie-Obstétrique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Hématologie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Maladies infectieuses	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Médecine physique et de réadaptation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Médecine d'urgence	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Médecine du sport	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Médecine du travail	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Médecine légale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Néphrologie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Neurologie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Nutrition	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Ophthalmologie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non

35/ Pensez-vous que les stages de spécialités d'organes (ex: Cardiologie, Pneumologie, Gastro-entérologie...) doivent être validant pour ce module (ce qui est officieusement le cas dans une majorité des facultés actuellement) ?

- Oui
 Non

40/ Pensez-vous que ce même aménagement serait intéressant en ouvrant vers les métiers paramédicaux (Kinésithérapeute, Ergothérapeute, Orthophoniste, Psychologue, Biologiste médical, Centres de prévention, ...) dans le but de mieux connaître les acteurs du parcours de soins ?

- Oui
 Non

41/ Avez-vous une appréhension quelconque vis-à-vis de la permanence des soins en médecine générale (gardes en ville de nuit, de week-end, et de jours fériés) ?

- Oui
 Non

• Si oui, pour quelles raisons ?

- par manque de formation
 par crainte de surcharge de travail
 par crainte de diminution de votre qualité de vie
 par manque de sécurité
 parce que ce n'est pas assez payé

42/ Souhaiteriez-vous être formé aux gardes en ville (type maison médicale de garde, visites à domicile) ?

- Oui
 Non

• Si oui, selon quelle modalité de séniorisation ?

- en supervision directe (type stage niveau 1)
 en supervision indirecte (type stage niveau 2)

43/ Aimerez-vous être formé à la régulation des appels médicaux ?

- Oui
 Non

44/ En ce qui concerne la formation à la PDS ambulatoire, aimeriez-vous personnellement effectuer, sur la base du volontariat, des gardes supervisées en ambulatoire ?

- Oui
 Non



Oto-Rhino-Laryngologie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Pédiatrie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Pneumologie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Pharmacologie clinique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Recherche clinique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Rhumatologie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Soins palliatifs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Toxicologie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Autres :.....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
.....		

QUELQUES EXEMPLES EUROPEENS ...

45/ Au Luxembourg, seul un semestre est obligatoire en secteur hospitalier (et seulement si le stage comprend un intérêt pour la médecine générale), tandis que 12 mois sont au minimum obligatoire en ambulatoire (et ce sur une durée de formation pratique de 3 ans). Pensez-vous que ce système soit plus adaptée à la formation en médecine générale que le système français actuel ?

- Oui
 Non

46/ Aux Pays-Bas, le cursus de 3 ans de l'internat se déroule comme suit : Stage ambulatoire en autonomie de 12 mois, puis la 2^{ème} année : 6 mois en Maladies aiguës (Urgences, Médecine Interne, Chirurgie), 3 mois en Psychiatrie, 3 mois en Maladies chroniques (Gériatrie, Long Séjour, etc...), et enfin l'interne termine avec à nouveau un stage ambulatoire en autonomie de 12 mois. Pensez-vous qu'une année en hospitalier (avec cette diversité de terrains de stage) suffise à la formation des médecins généraliste pendant le 3^{ème} cycle ?

- Oui
 Non

47/ Toujours aux Pays-Bas, le cursus complet des trois ans est connu dès le départ par l'interne, et choisi par le Département de Médecine Générale en fonction des vœux formulés par l'interne. Préférez-vous cet type de procédure d'organisation de l'internat à la nôtre qui se choisit semestre par semestre ?

- Oui
 Non

Merci pour votre participation

Questionnaire à retourner dans l'enveloppe T jointe, à l'adresse suivante :
ISNAR-IMG, 286 rue Vendôme - 69003 LYON

Petit lexique :

- **soins primaires** : «prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté » (American Institute of Medicine)
- **ambulatoire** : par définition «qui peut être pratiqué sans hospitalisation», la médecine ambulatoire s'oppose donc à la médecine hospitalière dans les textes, mais en est complémentaire en pratique
- **DES** : Diplôme d'Études Spécialisées
- **DESC** : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires, auquel les Internes de Médecine Générale ont accès depuis la création du DES de Médecine Générale en 2004
- **LMD** : Licence Master Doctorat,
- **PDS = Permanence des soins** : peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant.