

*Société  
Française  
de Médecine  
Générale*

1978  
réédition 2004

**Le Maître  
de Stage**  
*guide pratique*

*Réédition*

SFMG  
*Le plaisir de comprendre*

La Société Française de Médecine Générale (S.F.M.G.) est née il y a quelques années de la rencontre de généralistes qui s'intéressaient sur le plan théorique ou pratique aux problèmes de la spécificité de leur discipline et des conséquences qui en découlaient sur le plan de l'exercice de la formation et de la recherche.

C'est donc une société scientifique qui souhaite promouvoir toutes les actions opportunes d'enseignement initial ou de formation continue et de recherche en médecine générale. Ce doit être le lieu de rencontre de tous les généralistes qui ont une activité dans ce domaine à qui la S.F.M.G. peut fournir des moyens d'échanges, de travail ou de diffusion. Elle participe d'autre part à toutes les confrontations possibles et souhaitables avec les sociétés qui poursuivent les mêmes buts en Europe et dans le Monde. Il existe en effet des sociétés similaires dans la plupart des pays et un organisme international la World Organization of National Colleges and Academies (W.O.N.C.A.) qui fédère tous ces efforts et toutes ces réflexions sur le plan mondial.

*« La plupart des facultés préparent les médecins, non à prendre soin de la santé des hommes, mais à exercer une médecine qui ne voit que la maladie et les moyens techniques pour la combattre..., moyens qui s'adressent à un nombre toujours plus restreint de personnes qui sont choisies... en fonction des impératifs internes de la technologie médicale, avec une concentration fréquente sur des malades en phase terminale... »*

*« La formation dispensée par les écoles de médecine doit, me semble-t-il, se mettre au diapason des besoins actuels et prévisibles de la santé générale... Pour en arriver là, il est nécessaire que la collectivité toute entière serve de champ d'étude et que l'hôpital ne soit plus considéré que comme un endroit où l'on peut étudier un certain stade des processus morbides... »*

Dr Mahler  
directeur général de  
l'Organisation  
Mondiale de la  
Santé.  
1977

*« Tant qu'on n'aura pas réformé les études médicales et confié les étudiants aux médecins capables de les former – hospitalisation privée, hopitaux de seconde catégorie et praticiens – on n'aura rien fait. »*

Pr P. Milliez  
X<sup>e</sup> Congrès  
International de  
l'Hospitalisation  
privée.  
1977

*Ce modeste guide a été réalisé à l'occasion de la Session de printemps de la Société Française de Médecine Générale qui s'est tenue à Monaco les 11 et 12 juin 1977 sur les thèmes de l'enseignement et de la recherche clinique en médecine générale.*

*Cette rédaction tient compte des remarques et critiques qu'ont pu faire les participants à cette session qui a eu notamment pour résultat de décider de la création d'une « Conférence des Maîtres de Stage ». Cette conférence souhaite être un organe de liaison entre les différents collèges de généralistes-enseignants actuellement existants ou en gestation à travers la France. Le secrétariat pour l'année 1977-78 est assuré par le docteur Chassaigne de Bordeaux.*

*1. Comité présidé par le professeur Jean Royer et chargé par le Ministre de la Santé et le Secrétaire d'Etat aux Universités de rédiger un projet de réforme des études médicales.*

*2. Ce rapport a fait l'objet d'une analyse de notre part, parue dans le n° 1418 du « Quotidien du Médecin ». Il est possible de se procurer ce texte au secrétariat de la S.F.M.G.*

Le stage chez le praticien est entré dans les faits. Et, quel que soit le sort que réserveront le Comité Interministériel <sup>(1)</sup>, puis les ministres intéressés, au rapport de la commission Fougère <sup>(2)</sup>, indépendamment de modifications prévisibles ou de bouleversements éventuels de notre système d'assurance-maladie, cette nouvelle forme d'apprentissage professionnel ne pourra désormais que se généraliser et se diversifier afin de correspondre au mieux aux besoins de la formation clinique des généralistes.

Notre certitude découle de la constatation maintes fois soulignée de l'évolution des établissements de soins, voués quasi-exclusivement à la gestion des aspects techniques et des stades dépassés des processus pathologiques. La pratique, quotidienne du généraliste, « praticien aux mains nues », autant préoccupé de prévention que de soins, sera de plus en plus distincte de la pratique hospitalière et sa fréquentation d'autant plus nécessaire à la formation des étudiants.

Dans ce contexte, la Société Française de Médecine Générale a jugé opportun de rassembler quelques réflexions et quelques documents propres à faciliter, dans le présent, la tâche des maîtres de stage et à les aider, dans l'avenir, à promouvoir les formes de collaboration avec l'université les mieux adaptées à la formation de leurs jeunes confrères.

Ont participé aux  
travaux de Monaco  
les docteurs :

Gérard Agulhon (Paris)  
Jacqueline Akoun (Paris)  
Gérard Arnaud (Moulins)  
Alain Béhar (Condé-en-Brie)  
Pierre Brissaud (Mimizan-Plage)  
Jean de Butler (Palaiseau)  
Henry Cahn (Tonneins)  
Jean Calvet (Andilly)  
René Chassaigne (Bordeaux)  
Pierre Coudeyras (Bondy)  
Jean de Coulibœuf (Sarcelles)  
André Croquette (Frélinghien)  
Bernard Degornet (Yerres)  
Maurice Dufour (Montmorency)  
Dominique Durrbach (Dieppe)  
Romain Enten (Neuville-aux-Bois)  
André Esnault (Rennes)  
Claude Fabre (Lille)  
Jean Faugeras (Bois-Colombes)  
Jean-Luc Gallais (Sartrouville)  
Jean Gœdert (L'Hay-les-Roses)  
Pierre Gandet (Tours)  
Claude Grunberg (Chelles)  
Albert Hercek (Asnières)

Philippe Jacot (Versailles)  
Philippe Jaury (Paris)  
Charles Jean-Girard (Cannes)  
Jean Jolain (Paris)  
Michel Jonchères (Saintes)  
Fred Kruger (Plaisir)  
Jean Laroze (Béziers)  
Georges Le Grand (Viviers)  
André Martinon (Neuville-sur-Saône)  
Claude Ménoux (Ars-sur-Moselle)  
Boris Minsky-Kravetz (Lucé)  
André Niel (Béziers)  
Brano Pailloncy (Orléans)  
Martial Pelletier (Dompierre-sur-Mer)  
Philippe Petiteville (Saint-Mihiel)  
Madeleine Poudroux (Versailles)  
Jean-Paul Preziosi (L'Hay-les-Roses)  
Anne-Marie Reynolds (Palaiseau)  
Oscar Rosowsky, (L'Hay-les-Roses)  
Guy Scharf (Woippy)  
Gérard Sée (Sartrouville)  
Jacqueline Sée (Sartrouville)  
Louis Velluet (La Courneuve)  
Gérard Véry (Brunoy)

## Sommaire

	page
Chapitre 1	Les études médicales actuelles. . . . . 6
Chapitre 2	La Médecine générale, sa place dans l'organisation de la santé, de la prévention et des soins . . . . . 9
Chapitre 3	La formation des généralistes, objectifs généraux et modalités pratiques. . . . . 13
Chapitre 4	Le stage chez le praticien, rôle, place dans le cours des études, réalisation pratique. . . . . 16
Chapitre 5	L'Institut de Formation à l'Enseignement de la Médecine Générale (I.F.E.M.G.) . . . . . 20
Chapitre 6	Projet de réforme des études médicales. . . . . 23
Chapitre 7	Les associations professionnelles intéressant la médecine générale. . . . . 32
Annexe 1	Convention de stage « actif » . . . . . 34
Annexe 2	Contrat de stage « passif » (Lille) . . . . . 35
Annexe 3	Rapport de stage (étudiant) . . . . . 36
Annexe 4	Rapport de stage (praticien) . . . . . 39
Annexe 5	Projet de règlement du stage (Lyon) . . . . . 39
Annexe 6	Lettre d'introduction du stagiaire (Bobigny) . . . . . 40
Annexe 7	Demande de compte rendu de stage (Bobigny) . . . . . 41
Annexe 8	Questionnaire aux maîtres de stage (Tours) . . . . . 42

## *les études médicales actuelles*

La loi d'orientation de l'enseignement supérieur (1968), après l'ordonnance de décembre 1958 (réforme Debré), a modifié de façon sensible les études médicales telles que les ont connues la majorité des médecins actuellement en exercice.

### ***Les principales modifications ont porté sur :***

1. La suppression du Certificat d'Études Physiques, Chimiques et Biologiques (P.C.B.) comme propédeutique scientifique aux études médicales. Il a, d'abord, été remplacé par un Certificat Préparatoire aux Études Médicales (C.P.E.M.) puis par la première année du Premier Cycle des Études Médicales (P.C.E.M.1). La seconde année du P.C.E.M. correspond à la première année de médecine de l'ancien régime.

2. L'instauration d'une sélection rigoureuse en fin de première année de P.C.E.M. Cette sélection revêt actuellement la forme d'un concours auquel il est possible de se présenter deux fois. Le taux de réussite varie entre 25 et 30 % selon les années. Les chances sont rigoureusement identiques d'une Faculté à l'autre car les inscriptions sont ventilées entre elles au prorata des places disponibles. Ces places sont fixées annuellement en fonction du nombre de lits hospitaliers « formateurs » que comporte chaque établissement. En effet, au cours de ses stages hospitaliers, chaque étudiant a la responsabilité d'un certain nombre de malades: un calcul simple permet, à partir du nombre de semestres de stages hospitaliers d'une part, du nombre de lits d'autre part, de déterminer le nombre d'étudiants que la faculté considérée est susceptible de former.

3. La démedicalisation du début des études médicales portant, d'une part sur l'enseignement qui comporte en premier cycle quasi exclusivement des sciences fondamentales, d'autre part sur la fréquentation hospitalière réduite à 5 ou 6 semestres à la place des 10 semestres obligatoires sous l'ancien régime. Les chances de réussite au concours dépendent, ainsi, du niveau « scientifique » des étudiants et leur entrée à l'hôpital ne se fait qu'après 3 ans et demi d'études, le plus souvent en D.C.E.M.2 (en troisième année de médecine).

4. Au cours du deuxième cycle, le remplacement des enseignements par discipline (histologie, anatomo-pathologie, pathologie médicale et chirurgicale, thérapeutique, etc.) par des « certificats intégrés » portant sur les principales spécialités médicales (cardiologie, neurologie, pédiatrie, etc.), et des enseignements optionnels, complémentaires, d'importance variable selon les facultés.

5. L'introduction d'un enseignement de psychologie médicale au début des études et l'essai d'intégration, en cours d'études, d'un enseignement de psychiatrie, innovations ayant connu des fortunes diverses selon les facultés.

6. La démultiplication des établissements d'enseignement avec création de nouveaux centres et partition des facultés les plus importantes comme celles de Paris, Lyon, Toulouse, etc. Le découpage a du tenir compte de réalités géographiques aux dépens de l'équilibre des différentes disciplines médicales.

C'est ainsi que, notamment pour Paris, il existe des différences importantes faisant de telle faculté un établissement à compétence neurologique quasi-exclusive, de telle autre un centre spécialisé en pathologie cardio-rénale. Ce fait n'est pas étranger à la mauvaise qualité de l'enseignement de base qui devrait être dispensé de façon équivalente dans tous les établissements.

Cette réforme s'est accompagnée d'un changement de terminologie: les facultés ont été remplacées par des Unités d'Enseignement et de Recherche (U.E.R.) associées à un ou plusieurs hôpitaux universitaires pour réaliser un C.H.U. Certaines disciplines médicales, aux caractéristiques particulières, ont constitué des U.E.R. indépendantes, non associées à un établissement hospitalier: c'est, par exemple,

le cas de l'U.E.R. de médecine légale, droit médical et déontologie médicale de l'université Paris V, de l'U.E.R. Biomédicale des Cordeliers de l'université Paris VI, ou encore de l'U.E.R. de biologie et de physiopathologie des facteurs d'ambiance de l'université de Bordeaux.

7. La suppression de la dualité entre la faculté et l'hôpital telle que l'avait peu à peu instaurée la vogue des concours hospitaliers et le désintérêt pour les examens de faculté. Cette intégration a été réalisée par la création des centres hospitalo-universitaires (C.H.U.), la suppression du concours de l'externat des hôpitaux de ville de faculté, la suppression des concours universitaires (climat et agrégation), puis des concours hospitaliers à l'exception de l'internat des hôpitaux qui reste le seul concours sur épreuves tout au long de la filière hospitalo universitaire. Toutes les autres fonctions font l'objet de nomination sur titres et travaux, c'est-à-dire pratiquement de cooptation, à la seule condition de pouvoir faire état d'un nombre suffisant de publications « scientifiques » et d'être patronné.

La filière hospitalo-universitaire comporte donc actuellement les titres et fonctions suivantes :

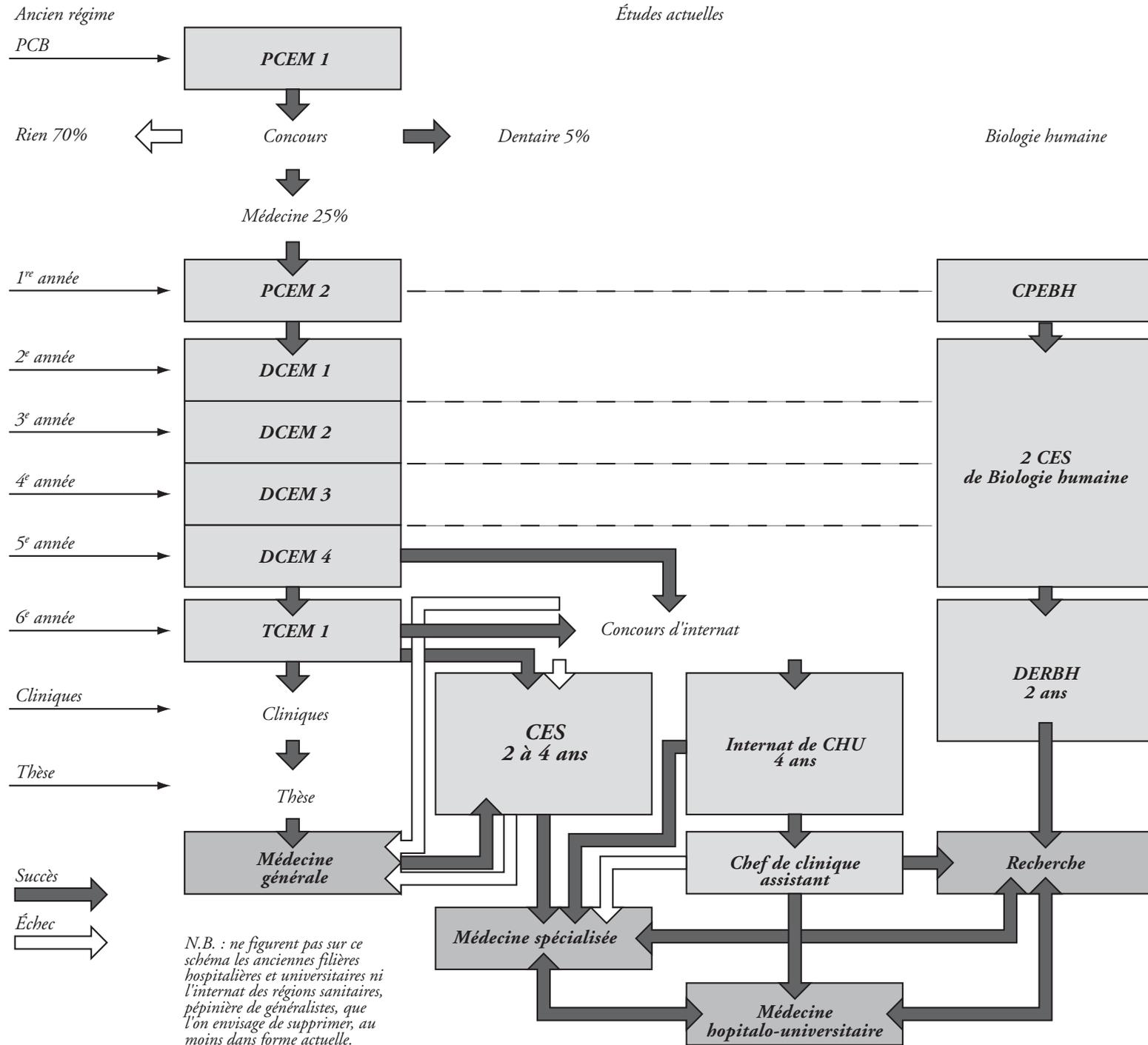
- interne des hôpitaux de C.H.U. (concours sur épreuves),
- chef de clinique assistant de C.H.U. (nomination après agrément par le chef de service intéressé),
- inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de maître de conférence agrégé médecin des hôpitaux non chef de service (titres et travaux),
- nomination à cette fonction lors de vacance de poste,
- maître de conférence agrégé-médecin des hôpitaux chef de service (vacance de poste),
- professeur sans chaire ou à titre personnel,
- professeur titulaire (titres et travaux).

8. La multiplication des Certificats d'Études Spéciales (C.E.S.) dont le curriculum est de durée très variable selon la discipline, la difficulté également, l'accès à certains d'entre eux étant pratiquement réservé aux anciens internes de C.H.U. Une conséquence directe de la multiplication des spécialités médicales est la quasi-disparition des services de médecine générale des hôpitaux universitaires, l'atomisation subséquente des soins dans ces établissements et la difficulté qu'ils éprouvent à assurer une formation médicale de base.

9. La création d'une filière de formation à la recherche médicale comprenant, en premier cycle, un Certificat Préparatoire aux Études de Biologie Humaine (C.P.E.B.H.), en deuxième cycle 3 certificats de biologie humaine et, en troisième cycle, un Doctorat d'Étude et de Recherche en Biologie Humaine (D.E.R.B.H.). Cette filière débouche sur des carrières hospitalo-universitaires ou des carrières de recherche pure dans le cadre du Centre National de la Recherche Scientifique (C.N.R.S.) ou de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicales (I.N.S.E.R.M.). Ces deux organismes recrutent des cadres autonomes et implantent des laboratoires de recherche dont certains fonctionnent dans le cadre des services des C.H.U.

Telles sont les principales modifications intervenues dans le déroulement des études et des carrières médicales depuis ces vingt dernières années. Il en découle une très grande diversité de formation d'un C.H.U. à l'autre, d'autant plus que la valeur formatrice de l'année de stage interné (ex-sixième année de médecine ou T.C.E.M.1) est très inégale et sans aucun rapport avec les choix de carrière ultérieurs.

Le schéma page 8 (tableau 1) résume l'organisation des études médicales actuelles en parallèle avec celle en vigueur sous l'ancien régime.



## *la médecine générale, sa place dans l'organisation de la santé de la prévention et des soins*

Jusqu'au milieu du xx<sup>e</sup> siècle, la prise en charge du patient dans sa globalité et la continuité de son existence, était le fait de SON médecin. Préciser généraliste, omnipraticien ou médecin de famille n'était pas nécessaire car, avec des moyens techniques simples, il assumait seul l'ensemble de la prévention et des soins de la naissance à la mort.

Avec les progrès techniques, apparurent les spécialistes et les infrastructures hospitalières de plus en plus complexes et diversifiées, nécessaires à leur exercice.

Peu à peu, le rôle et la signification même de la médecine générale furent oubliés, puis contestés, jusqu'à ce que l'atomisation de la pratique médicale, par ses excès et ses conséquences iatrogènes, n'amena à reconsidérer le problème, d'autant plus que simultanément, notre compréhension générale de la santé et des phénomènes pathologiques se dégageait peu à peu des conceptions réductionnistes héritées du xix<sup>e</sup> siècle (recherche de LA cause permettant de faire LE diagnostic d'où découle LE traitement) <sup>(3)</sup>.

La santé nous apparaît, en effet, aujourd'hui comme un état d'équilibre dynamique de l'être vivant par rapport à son milieu, et la maladie comme une désadaptation, partielle ou totale, transitoire ou définitive, de l'individu par rapport à son environnement. De plus, une meilleure connaissance des phénomènes de croissance et de vieillissement, des relations rythmiques au temps et de leurs conséquences permet d'accorder de plus en plus d'importance à l'observation continue des phénomènes biologiques, donc de nos patients.

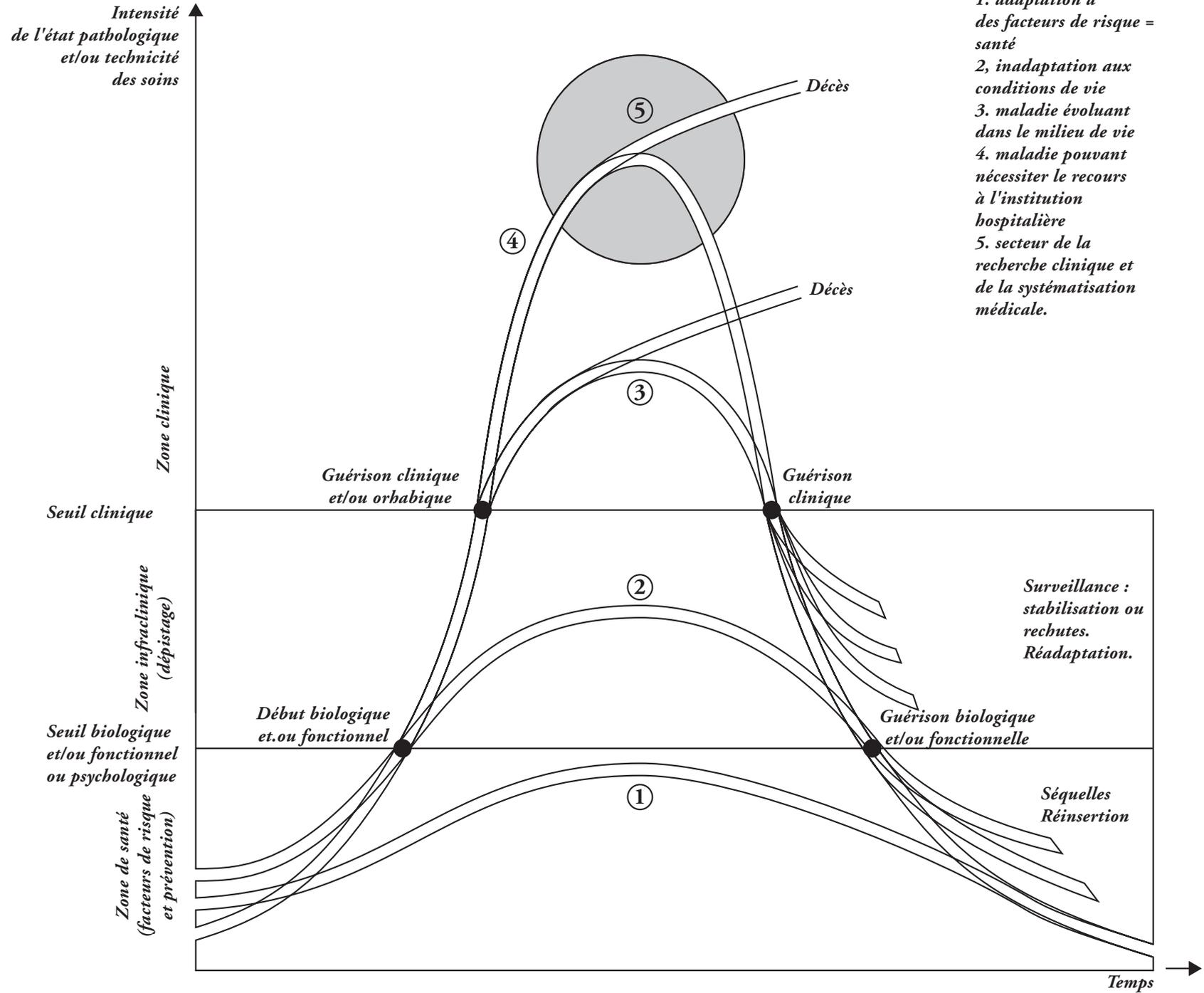
Enfin, surmontant progressivement les querelles d'écoles, nous cernons de mieux en mieux les relations étroites qui existent entre le physiologique et le psychologique, sans dichotomie ni solution de continuité, de l'affectif au fonctionnel puis à l'organique.

La nécessité impose ainsi de plus en plus l'existence, d'une part de chercheurs ou de cliniciens limitant leur intérêt et leur pratique à tel ou tel aspect de la dynamique du vivant afin de mieux le maîtriser, même au risque de perdre de vue l'ensemble, et d'autre part de praticiens et de chercheurs susceptibles de dominer l'ensemble des données afin d'utiliser, au mieux de l'intérêt de chaque patient, les possibilités offertes par l'état actuel des connaissances médicales. Être cette discipline de synthèse, telle est la vocation de la médecine générale.

Pour mieux fixer les idées on peut schématiser les différentes possibilités évolutives des facteurs dont la conjonction, occasionnelle ou permanente, peut être responsable de maladie.

Sur le schéma page 10 (tableau 2) où ne figure, pour ne pas l'alourdir, qu'un seul de ces facteurs, on peut distinguer 3 zones.

- La première, de SANTÉ, au sens fonctionnel comme au sens biologique (« on ne se plaint de rien, on ne vous trouve rien »), peut voir évoluer des facteurs de risque, au sens statistique, qui, en fait, pour l'individu considéré, n'aboutissent pas



à un état pathologique: il demeure en bonne santé (courbe 1). C'est à ce niveau que peut et doit jouer l'information sanitaire et certains aspects de la prévention notamment par action sur le milieu.

- La seconde, INFRACLINIQUE, au sens somatique, est caractérisée par l'émergence quantitative et/ou qualitative de facteurs qui s'ils sont laissés à eux-mêmes, ont de fortes chances d'aboutir au stade suivant (courbe 2). Le diabète chimique en est un bon exemple, les manifestations neuro-végétatives ou affectives de stress émotionnels également. C'est ici que doivent jouer le dépistage des anomalies biologiques latentes, la prise en charge des troubles fonctionnels ou des demandes d'aide psychologique.

***Réforme  
des études  
projets  
et tendances***

On peut dégager un certain nombre de propositions des différents rapports et déclarations qui se sont succédés ces derniers mois émanant de la Conférence des Doyens, de la Commission Fougère, du Ministre de la Santé ou du Secrétaire d'État aux Universités. Il s'agit:

- du renforcement de la sélection afin de ramener à 6000 environ le nombre de médecins formés par an (10000 aujourd'hui);
- de médicaliser le début des études grâce à une réforme des programmes et une fréquentation hospitalière plus précoce;
- de remplacer les certificats intégrés de spécialités, en D.C.E.M., par un tronc commun plus synthétique;
- de modifier les examens cliniques, remplacés par un examen terminal, enfin de deuxième cycle, éventuellement classant;
- d'adapter la formation des spécialistes aux directives du marché commun par harmonisation de l'internat et des C.E.S.;
- de créer un cycle terminal de formation des généralistes associant stages formateurs et enseignement spécifique;
- de réaliser, au sein des U.E.R. médicales, une concertation plus étroite avec les représentants des différentes formes d'exercice afin d'organiser et de gérer les cycles terminaux de formation qui les concernent.

Il faut noter que ces différentes propositions ne remettent pas fondamentalement en cause le monopole actuel des hospitaliers sur l'enseignement médical, ni le plein-temps hospitalo-universitaire, responsables de l'abandon actuel par l'université de tout le champ extra-hospitalier de l'exercice médical.

L'étude des projets de réforme étant confiée au Comité interministériel présidé par le professeur Jean Royer, élève du professeur Robert Debré, on pourra lire avec profit les déclarations de ce dernier au Monde (n° des 22 et 23 décembre 76) et au Quotidien du Médecin (n° 1434).

On trouvera au chapitre 6 le projet de réforme de la S.F.M.G.

- La troisième, CLINIQUE, est caractérisée par l'apparition d'une maladie, au sens nosologique habituel: nos moyens d'observation et d'investigation ne nous permettent pas de mettre en évidence la perturbation d'un organe ou d'une fonction. C'est ici le champ des activités de soins ou de réparation comme disent certains. Parmi ces maladies, certaines évolueront sans que le recours à des moyens complexes de diagnostic ou de soin soient nécessaires (courbe 3).

***Tout ce que  
nous avons  
décrit jusqu'à  
présent relève  
du domaine  
spécifique de  
la médecine  
générale***

D'autres affections pourront nécessiter une hospitalisation dans un centre de soins, plus ou moins spécialisé (courbe 4). C'est à partir de ces cas, et de ces cas seuls, qu'au sein des C.H.U. sera programmée la recherche et élaborée la systématisation médicale. De surcroît, l'observation de ces cas qui ne constituent déjà pas un échantillon représentatif de l'ensemble, est limitée au temps et à l'espace d'une hospitalisation, les éléments extérieurs n'étant connus et colligés que de façon médiate, par l'anamnèse, avec donc un coefficient d'oubli et de distorsion important.

Deux conséquences essentielles apparaissent au terme de cette réflexion : que le généraliste est, d'une part, le spécialiste de la globalité et de la continuité de la prévention et des soins ; qu'il est, d'autre part, limité dans son exercice à la fois par l'impossibilité de maîtriser toutes les techniques et par celle d'assimiler toutes les connaissances. S'il reste généraliste, il ne peut plus et ne doit plus être omnipraticien.

On peut donc affirmer que, le recours au spécialiste introduisant dans la relation médicale parcellisation et discontinuité, le généraliste ne doit se dessaisir d'une part de l'activité médicale que dans la mesure où il y est contraint par des impératifs rigoureux d'ignorance ou d'impuissance. Mais, pour qu'il puisse continuer à assumer une prise en charge globale des patients, ceci suppose qu'il acquière une connaissance originale et spécifique de ce dont il se dessaisira, différente de celle qu'en auront les spécialistes concernés, et à l'élaboration de laquelle il devra participer (d'où la nécessité d'une interformation permanente).

Autrement dit, et à l'inverse d'une tendance qui s'est sournoisement imposée dans les mœurs médicales, c'est au spécialiste de définir son activité par rapport à celle du généraliste et non le contraire. L'activité du spécialiste doit être spécifiée par ce que ne doit pas ou ne peut pas effectuer le généraliste ; ce n'est pas à ce dernier à limiter sa pratique aux actes qui lui sont abandonnés par les spécialistes. Il ne s'agit pas là, pensons-nous, d'un conflit de puissance mais de l'analyse aussi objective que possible des conditions optimales pour garantir à chacun et à la collectivité les meilleures prestations sanitaires.

Un groupe de travail de généralistes enseignants, en provenance de 11 pays européens, au terme de plusieurs séminaires de réflexion, a formulé, en 1975, une description de l'activité du généraliste dans les termes suivants <sup>(4)</sup> :

*« Le généraliste est un diplômé d'études médicales qui donne en premier recours et dans leur continuité, des soins personnels aux individus, aux familles et au groupe que constitue sa " pratique ", indépendamment des âges, des sexes ou des types de pathologie qu'ils présentent.*

*C'est la synthèse de ces fonctions qui est unique.*

*Il doit consulter ses patients dans son cabinet, à leur domicile et, éventuellement, dans une clinique ou un hôpital.*

*Il doit chercher à faire un diagnostic précoce.*

*Il doit inclure et intégrer les facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans son approche de la santé et de maladie, et ce fait doit se retrouver dans sa manière de soigner ses patients.*

*Il doit prendre une décision initiale devant chaque problème qui lui est soumis dans le cadre de son exercice.*

*Il doit savoir travailler en collaboration avec des collègues qu'ils soient médecins ou non.*

*Il doit savoir quand et comment agir que ce soit par l'éducation sanitaire, la prévention ou les soins afin de sauvegarder la santé de ses patients et de leurs familles.*

*Il doit savoir qu'il a également une responsabilité professionnelle vis-à-vis de la société. »*

## *la formation des généralistes, objectifs généraux et modalités pratiques*

L'exercice de la médecine générale nécessite donc, de nos jours, des connaissances et des aptitudes très différentes de celles réclamées pour l'exercice de la médecine spécialisée, notamment dans ses formes les plus sophistiquées.

Cette constatation impose une réflexion originale sur les objectifs de la formation universitaire des généralistes.

Plusieurs pays ont envisagé de créer des études distinctes pour les différentes formes d'exercice médical; cela ne nous paraît pas raisonnable et le maintien d'une formation médicale de base valable quels que soient les débouchés ultérieurs nous semble indispensable. Mais le contenu de ce tronc commun reste à définir de façon logique car rien de tel n'existe actuellement dans notre pays; le curriculum des études aboutissant au diplôme d'état se confond, en effet, avec ce que certains ont qualifié de S.M.I.G. <sup>(5)</sup> mais qui, contrairement à ce que nous indiquions au chapitre précédent représente la portion du savoir et de la pratique médicale que les différents spécialistes considèrent comme devant être celle du généraliste.

Il serait souhaitable que chaque discipline définisse ses propres objectifs éducatifs globaux; à partir de ces études, il serait possible de déterminer, d'une part ce qui leur est commun, d'autre part ce qui leur est spécifique. Nous n'en sommes pas là. Nous devons donc tenir compte des programmes actuels des premier et deuxième cycles et, à partir de là, nous fixer des objectifs propres qui pourraient être formulés de la manière suivante :

considérant que les étudiants acquièrent par ailleurs des connaissances et un savoir-faire minimum dans le domaine des principales spécialités, il s'agit de leur permettre :

- d'acquérir des connaissances sur les principales situations pathologiques non rencontrées habituellement dans les C.H.U.,
- d'acquérir une attitude propre à faire face à toutes les situations rencontrées, seuls ou en collaboration avec les différents spécialistes, et ce quel que soit le degré des connaissances scientifiquement établies susceptible de s'y appliquer. Les plaintes de malades sont toujours fondées et les ignorances de la médecine ne sont jamais une raison pour qu'elles soient négligées ou rejetées <sup>(6)</sup>;
- d'appréhender les situations dans leur triple globalité, celle de la continuité historique du patient, celle des interactions complexes qu'il noue avec son environnement animé et inanimé et celle de sa personne, non morcelable entre les différentes spécialités,
- d'acquérir les connaissances et le savoir-faire nécessaires pour utiliser les structures et les institutions qui sont à sa disposition, coordonner l'action des auxiliaires médicaux et, d'une manière générale, correspondre au mieux aux demandes de ses patients dans le domaine médico-social;
- d'acquérir l'aptitude propre à recueillir et à critiquer, tout au long de sa vie professionnelle, des connaissances nouvelles et à évaluer l'utilisation qu'il en fait dans son comportement quotidien.

Pour réaliser ces objectifs, la médecine générale doit être enseignée dès le début

des études médicales. L'expérience prouve que, dans le cas contraire, les meilleures vocations praticiennes disparaissent au contact exclusif de l'hôpital universitaire, spécialisé et orienté prioritairement vers la recherche.

Dès le début de ses études, l'étudiant doit donc être sensibilisé à la médecine générale en participant à des enseignements adaptés et en se familiarisant avec sa réalité quotidienne. Ces objectifs sont réalisables dès maintenant; nous reviendrons au chapitre suivant sur les modalités de diversification des stages chez les praticiens et les enseignements proprement dits pourraient suivre la progression suivante :

***En premier cycle***

Une information sur la médecine générale, de préférence après le concours, c'est-à-dire en deuxième année, sous forme de quelques tables rondes ou d'une journée sur le terrain d'exercice de la médecine générale, par exemple dans une maison médicale.

***En deuxième cycle***

Une série d'enseignements optionnels <sup>(7)</sup>, programmés en suivant au plus près le déroulement du tronc commun :

- en D.C.E.M.1, réflexions sur la santé et la maladie, le normal et le pathologique, à partir des notions acquises en sciences fondamentales et en se repérant à l'expérience personnelle la plus élémentaire, celle du sens commun ;
- en D.C.E.M.2, introduction à la relation médecin-malade, à l'écoute attentive des demandes explicites ou implicites des patients, à partir des premières expériences proprement médicales des étudiants au moment où ils débutent leurs fonctions hospitalières,
- en D.C.E.M.3, abord du diagnostic en médecine générale alors que les principaux éléments de sémiologie et de pathologie sont acquis et grâce à l'expérience de mini-stages chez les praticiens ;
- en D.C.E.M.4, étude de la prescription en médecine générale ainsi que de l'éducation sanitaire et de la prévention, à partir également de quelques journées de stages extra-hospitaliers.

***En troisième cycle***

Il s'agit de poursuivre la formation de l'intelligence et de l'affectivité dans les perspectives que nous avons indiquées et de compléter et de faire la synthèse des connaissances.

De même que l'activité hospitalière sert de support aux enseignements antérieurs, l'activité praticienne doit permettre de recueillir les observations dont l'analyse constituera l'ossature des enseignements de ce troisième cycle.

Une des caractéristiques de notre activité de médecin généraliste est son « ouverture ». Tous les problèmes de santé nous sont soumis et bien peu d'entre eux peuvent recevoir une réponse univoque et totalement satisfaisante ; c'est même exceptionnel par rapport à la pathologie qui se rencontre habituellement dans les services hospitaliers spécialisés des C.H.U. L'étudiant, au cours de ses stages chez les praticiens, rencontrera donc des personnalités médicales originales ayant peu à peu élaboré leurs solutions personnelles, solutions possibles mais rarement solutions obligatoires.

Il est donc indispensable que les stagiaires puissent confronter leurs expériences avec celles de leurs camarades, en présence de plusieurs généralistes-enseignants aux personnalités complémentaires. C'est seulement ainsi qu'ils pourront forger la leur et garder un esprit ouvert, dégagé des modes mais apte à suivre le rapide mouvement des sciences médicales.

Cet enseignement partira donc des situations telles qu'elles se présentent, telles

que les malades ou leur entourage les formulent à leur médecin. À propos de chacune d'elles, des modèles de référence se présenteront qu'il faudra rappeler, en soulignant leur importance et leur fréquence réelles, mais dont il faudra s'affranchir pour aborder la solution de tous les autres cas, les plus fréquents, où ils ne s'appliquent pas directement mais où un schéma de raisonnement peut et doit être fourni. Lorsque, par exemple, on traitera des douleurs de la région précordiale, il faudra, d'une part, resituer le contexte de la maladie coronarienne dans le contexte de la vie courante et, d'autre part, traiter de toutes les autres « causes », ou intrications de causes diverses, susceptibles de se manifester sous cette forme, avec les moyens d'en apprécier l'importance respective et les modalités thérapeutiques qui peuvent s'y appliquer.

Ces principes généraux étant posés, l'organisation même des enseignements nous semble relativement accessoire. On peut toutefois remarquer qu'il est souhaitable que la première année de troisième cycle marque une rupture franche avec les années précédentes ce qui peut se réaliser en n'apportant pas ou peu de connaissances nouvelles mais une manière nouvelle d'utiliser les connaissances antérieurement acquises. La deuxième année aura alors pour objectif spécifique de compléter les connaissances dans les domaines négligés en deuxième cycle et indispensables à l'exercice de la médecine générale, donc d'en préparer l'exercice indépendant et autonome.

# ***le stage chez le praticien, rôle, place, dans le cours des études, réalisation pratique***

## ***Préalables***

L'activité clinique du praticien apparaît plus que jamais indispensable à la formation des étudiants. C'est ce qui découle des considérations précédentes. Pour qu'elle puisse être utilisée au mieux et avec le minimum de contraintes, il est indispensable d'observer un certain nombre de conditions.

- La première, sans aucun doute, est que le stage soit intégré à une formation cohérente et complète à la médecine générale, et que ce ne puisse être, sous aucun prétexte, un moyen commode mis gracieusement à la disposition des directeurs d'U.E.R. médicales pour qu'ils se débarrassent, l'année du stage interné, des étudiants qu'ils ne peuvent pas ou qu'ils ne souhaitent pas accueillir dans leurs services hospitaliers. En choisissant librement le plein temps hospitalo-universitaire, nos confrères des C.H.U. se sont engagés, du même coup, à supporter les contraintes qu'inévitablement la présence des étudiants impose à leur exercice médical hospitalier. Nous n'avons aucun engagement du même ordre mais le seul désir de voir notre discipline correctement enseignée.
- La seconde est que les modalités de ces stages soient suffisamment souples pour pouvoir s'adapter à la diversité d'exercice des généralistes.
- La troisième, que l'organisation en soit confiée, par l'U.E.R. et avec son aide, à des collègues de maîtres de stage, aussi indépendants vis-à-vis d'elle en ce qui concerne leur discipline que ne le sont les spécialistes hospitaliers pour la leur.
- La quatrième, que sous ce vocable de stage soit compris l'ensemble des mesures qui permettent à l'étudiant, tout au long de ses études, d'être mis au contact progressif des réalités de la médecine générale, donc de s'insérer dans son futur métier.

## ***Modalités***

Il nous paraît, en effet, souhaitable de retrouver dans le stage auprès du praticien la progression réalisée par les fonctions hospitalières: abord du malade, approche diagnostique, responsabilités thérapeutiques, ce qui peut se faire en trois étapes:

### *Sensibilisation*

au cours des premières années d'études, sous forme d'enquête chez des praticiens, de remplacement du personnel d'accueil et de secrétariat, de contribution à des activités de secourisme ou d'aide sociale en collaboration avec les services intéressés;

### *Stage proprement dit*

au cours des dernières années du D.C.E.M., sous forme d'assistance à l'activité du praticien avec participation à l'accueil des malades, à l'examen clinique et à des soins simples à l'exclusion de responsabilités directes.

L'acquisition, au cours des études des diplômes de secourisme puis d'infirmier faciliterait la pratique de soins courants sous la responsabilité et le contrôle direct du praticien.

Ce stage devrait comporter des séquences d'une dizaine de demi-journées de pré-

sence auprès du praticien, réparties au gré de ce dernier, en fonction de ses conditions d'exercice. Couplé, comme nous l'avons dit, avec les enseignements optionnels il devrait être l'occasion d'un travail de réflexion personnelle.

*Remplacement  
encadré  
ou assistantat  
pédagogique*

au cours du T.C.E.M., temps de la formation professionnelle proprement dite, l'étudiant, titulaire de sa licence de remplacement <sup>(8)</sup>, pourrait pratiquer tous les actes médicaux de diagnostic et de traitement de façon responsable mais encadrée. Différentes formules permettent d'assurer l'encadrement pédagogique de cette période :

– la meilleure, sans conteste, est l'assistantat au sens strict, c'est-à-dire l'exercice responsable sous le contrôle direct du praticien (l'analogie s'impose avec l'internat des hôpitaux);

– une formule voisine de l'assistantat est réalisée par le remplacement d'un praticien exerçant en groupe, pendant ses absences, un autre médecin du groupe jouant auprès de l'étudiant le rôle formateur indispensable. Cette formule est particulièrement heureuse dans le cadre des remplacements réguliers de courte durée qui assurent une certaine continuité à l'activité de l'étudiant et aux échanges qu'il contracte avec ses maîtres de stage;

– les remplacements de moyenne et de longue durée et les remplacements de praticiens exerçant en cabinet individuel devraient intervenir ultérieurement, en seconde année de T.C.E.M. par exemple, et être toujours assortis d'échanges formateurs avec le praticien remplacé, avant et après la période de remplacement.

Ces différentes étapes réalisent les conditions d'un processus de désencadrement progressif; indispensable à l'entrée sans heurt dans la vie professionnelle. La plupart d'entre elles peuvent être organisées dès maintenant si les autorités universitaires l'autorisent et si nous sommes disposés à y participer. Bien évidemment, la pesanteur des habitudes et des structures se fera encore longtemps sentir mais ce n'est pas une raison pour ne pas assurer des réalisations ponctuelles partout où cela est possible.

L'important est seulement de ne pas se satisfaire de premières expériences, forcément limitées, en considérant que le but est atteint.

### **Problèmes pratiques**

Le stage chez le praticien tel que nous venons de le définir soulève un certain nombre de problèmes juridiques, administratifs ou psychologiques. Nous les évoquerons successivement.

*La responsabilité  
civile  
professionnelle*

On en a beaucoup parlé à la suite, notamment, de mises en garde du Conseil National de l'Ordre qui ont pris un peu l'allure d'une chasse aux sorcières. Rien n'est pourtant plus simple si l'on prend soin de distinguer :

– le stage passif, comportant l'assistance du stagiaire aux activités du praticien, avec la possibilité d'effectuer, sous la responsabilité de ce dernier, un certain nombre d'actes infirmiers. Les contrats d'assurance en responsabilité civile prévoient explicitement cette éventualité; encore est-il préférable que chacun s'en assure. A titre d'exemple, citons les paragraphes concernant notre stagiaire d'un contrat de « l'Union des Assurances de Paris ».

*« 2-1. Garantie de base.*

*... le contrat garantit l'assuré dans l'exercice légal de sa profession indiquée aux conditions particulières contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile pouvant lui incomber en raison des dommages corporels matériels et immatériels, causés aux tiers y compris les malades ou consultants... Cette garantie s'exerce notamment en cas de dommages survenus du fait :*

*2-1-2. des membres de la famille de l'assuré, de ses préposés, salariés, aides, assistants, membres (médecins ou non) de son équipe clinique au cours ou à l'occasion de leur participation aux! activités professionnelles de l'assuré...*

*2-2-2. personnes non couvertes par la Sécurité Sociale: responsabilité civile de l'assuré au cas où elle serait engagée à la suite de dommages corporels survenant à des*

*stagiaires, lorsque les conséquences desdits dommages ne seraient pas réparables par application de la législation sur les accidents de travail... »*

Ces deux paragraphes apportent les garanties souhaitables tant en ce qui concerne la responsabilité vis-à-vis des malades du fait de l'activité du stagiaire que celle vis-à-vis du stagiaire du fait de ses activités auprès du praticien;

- le remplacement quelles qu'en soient les modalités et la nature de l'encadrement pédagogique qui s'y applique. Le remplaçant doit être assuré personnellement tant sur le plan de sa responsabilité civile professionnelle que sur ceux de sa couverture sociale ou de son automobile. Son activité professionnelle est, en effet, totalement autonome et responsable <sup>(9)</sup>.

### *La fiscalité*

Le problème est simple également. Il présente deux aspects. D'une part, la déclaration de reversement d'honoraires au remplaçant et, éventuellement, au stagiaire pour les actes qu'ils ont effectués personnellement. D'autre part, au chapitre des frais professionnels, il faut comptabiliser les frais occasionnés par la présence du stagiaire. Les fonctions de maître de stage ou de chargé d'enseignement à la faculté peuvent être l'occasion de frais, notamment de déplacement et de secrétariat, qui sont souvent mal compris par les inspecteurs des impôts. Il faut tenir une comptabilité aussi exacte que possible des frais engagés par les fonctions bénévoles, ou mal rétribuées, liées à ce type d'activité.

### *Les conventions entre Maîtres de Stage et U.E.R.*

Il est indispensable que des accords contractuels et réciproques lient les maîtres de stage et les U.E.R. médicales qui leur confient des stagiaires.

Il est non moins indispensable que ces contrats soient négociés entre les U.E.R. et une structure de généralistes indépendante de celle-ci, en attendant le jour où notre discipline sera représentée dans l'université au même titre que les autres. Dans l'état actuel des choses, deux éventualités peuvent se présenter selon que ces structures sont intérieures ou extérieures à l'U.E.R. considérée.

Dans la meilleure hypothèse, la Faculté reconnaît la nécessité d'une participation régulière des généralistes à l'enseignement de leur discipline; elle recrute alors les enseignants nécessaires qui se regroupent, en son sein, en un collège de médecine générale, collège qui a autorité pour organiser les enseignements et les stages sous le contrôle du doyen, dépositaire de l'autorité universitaire.

Partout où il n'existe pas de représentation catégorielle de ce type au sein de l'U.E.R., il est capital que les maîtres de stage se regroupent en dehors d'elle afin d'échanger leurs expériences, leurs réflexions et de déterminer les conditions de leur participation à la formation des étudiants. Les activités d'enseignement étant de nature différente des engagements syndicaux ou ordinaires, il est souhaitable que les structures soient distinctes. Par contre, des amicales locales, des groupements de formation continue peuvent constituer le point de départ de collèges de généralistes enseignants. Même en tenant compte des situations locales et de la fréquence des engagements de tel ou tel dans différentes directions, on doit pouvoir maintenir ces distinctions essentielles.

A titre d'exemple, nous publions, en Annexe, des textes de convention susceptibles de régir les rapports entre maîtres de stage et U.E.R. médicales ([annexes 1 et 2, pages 34 et 35](#)).

### *La présentation du stagiaire à la clientèle*

Il est normal que cette dernière soit informée aussi exactement que possible des modifications apportées à l'exercice de son médecin par la présence d'un stagiaire. Si la pratique des stages devait se généraliser, il serait souhaitable qu'une large information soit donnée au public, par exemple dans le cadre de l'éducation sanitaire.

En attendant, c'est à chacun de trouver les formules souhaitables, en fonction de sa personnalité, de ses modalités d'exercice, de la nature des stages qu'il accepte de diriger.

Certains, donnant à leur stagiaire un rôle d'externe, leur demandant de voir les consultants seuls pour recueillir les premiers renseignements avant de les présenter à leur « maître ». D'autres préfèrent que le stagiaire soit à leurs côtés, se réservant la possibilité de voir leur patient en tête à tête, soit avant soit après la consultation conjointe, si cela s'avère opportun.

Dans tous les cas, chaque patient doit garder son entière liberté vis-à-vis de l'intrusion d'un tiers dans la relation qu'il souhaite avoir avec le médecin qu'il a choisi. N'oublions jamais que le caractère personnel de notre exercice est une des raisons majeures qui le font préférer à des consultations hospitalières ou de dispensaire, fréquemment plus anonymes. Ce caractère singulier est une des caractéristiques essentielles de la médecine générale et doit être sauvegardé au maximum; l'expérience nous prouve toutefois que cette difficulté est surmontée aisément dans la plupart des cas.

### *L'exploitation du stage*

Elle doit correspondre à trois objectifs : pédagogie, docimologie, recherche.

- Sur le plan pédagogique, les observations recueillies, les diagnostics évoqués, les thérapeutiques mises en œuvre par les stagiaires sont le matériel essentiel des enseignements de médecine générale qu'ils doivent suivre, par ailleurs, à la faculté.

- Sur le plan docimologique, les comptes rendus de stage que devront rédiger simultanément le stagiaire et le maître de stage doivent permettre d'apprécier la qualité des aptitudes et des comportements des étudiants dans leur pratique de médecine générale. Ces rapports constituent également un moyen de contrôle des enseignements donnés à la faculté. On trouvera en annexe (n° 3 page 36 et 4 page 39) des rapports émanant, le premier d'un étudiant, l'autre d'un médecin. Un certain nombre de thèses de médecine, soutenues dans plusieurs U.E.R. ces dernières années, constituent des analyses souvent fouillées d'expériences de stages chez les praticiens.

- Recherche. Depuis que l'enseignement médical s'est enfermé à l'intérieur des C.H.U., désertant tout champ d'observation qui lui soit extérieur, la médecine générale ne fait plus l'objet de recherche. Les stages, en permettant aux praticiens de réfléchir sur ce qu'ils font et de soumettre leur activité à l'observation critique des étudiants, constituent un moyen primordial pour rétablir une communication entre la pratique médicale extra-hospitalière et les activités de recherche universitaires. L'enseignement, et la pratique, de la médecine générale y gagnera en objectivité, en rigueur et en crédibilité.

On trouvera également en annexe un projet de règlement de stage auprès du praticien émanant de nos confrères de Lyon (n° 5, page 39) le texte des lettres adressées par le collège de médecine générale de l'U.E.R. de Bobigny aux médecins qui acceptent de recevoir en stage des étudiants au cours ou enfin de deuxième cycle (n° 6 et 7, pages 40 et 41); il s'agit, dans ce cas, d'un exemple de relation très souple puisque les maîtres de stage sont recherchés par les étudiants eux-mêmes, qu'il ne leur est demandé aucun engagement formel et qu'ils peuvent donc tester leurs goûts et leurs aptitudes à l'enseignement clinique auprès du malade en toute liberté. Enfin, en annexe 8, page 42, nous donnons le questionnaire que la faculté de Tours adresse, au terme de l'année universitaire, aux maîtres de stage qu'ils avaient préalablement sélectionnés.

**I.F.E.M.G.**  
**institut**  
**de formation**  
**à l'enseignement**  
**de la médecine**  
**générale**

Pour enseigner, il faut trois choses :

- en avoir le goût;
- connaître ce que l'on doit enseigner;
- savoir comment enseigner avec des chances raisonnables de succès.

Cette triade s'applique à l'enseignement de la médecine générale comme à celui de toutes les autres disciplines. Il ne suffit pas d'avoir de la bonne volonté avec le désir de communiquer le fruit de son expérience professionnelle. Il ne suffit pas que les bonnes volontés se soient entraînées à dégager de leur pratique quotidienne ce qu'elle a de spécifique et d'original par rapport à l'exercice des spécialités, à l'intérieur ou en dehors du cadre hospitalier. Il faut, de plus, savoir transmettre, se familiariser avec les moyens, s'entraîner à évaluer les qualités de son enseignement et la manière dont il est reçu et assimilé.

C'est pour correspondre à cet objectif que la S.F.M.G. a créé, en septembre 1975, l'Institut de Formation à l'Enseignement de la Médecine Générale (I.F.E.M.G.).

Au cours des années universitaires 1975-1976 et 1976-1977, grâce à la bonne volonté de quelques-uns, un schéma de formation a pu être mis au point avec les objectifs suivants :

l'enseignant de médecine générale doit être capable :

- d'introduire un enseignement spécifique de médecine générale dans une U.E.R. ;
- d'écrire les objectifs détaillés de cet enseignement ;
- de conduire cet enseignement sous forme de tables rondes ;
- d'évaluer les résultats de son enseignement.

Pour parvenir à ces résultats, on peut distinguer deux préalables et trois ordres de moyens.

***Des préalables***

- L'enseignant doit posséder l'aptitude à élaborer, entretenir et critiquer ses connaissances dans le domaine spécifique de la médecine générale, ce qui peut s'acquérir et se prouver dans le cadre de différentes formules de F.M.C., y compris les plus personnelles ;
- Il doit pouvoir mettre en cause ces connaissances devant des étudiants, aux différents stades de leurs études, ce qui peut se tester en prenant des stagiaires à son cabinet.

***Des moyens***

- La formation pédagogique doit, dans toute la mesure du possible être acquise et entretenue dans le cadre de groupes pluridisciplinaires. Les médecins n'ont que trop tendance à l'isolement et à l'individualisme si bien qu'ils ne peuvent retirer que des avantages à fréquenter des groupes de formation pédagogique où se brassent non seulement les différentes disciplines médicales mais également les différentes professions de santé.

Il s'agit ici aussi bien de formation personnelle à la relation et à la communication que d'apprentissage des différentes techniques utilisables pour l'enseignement,

des plus simples (transmission orale, socratique, directe du maître à l'élève) aux plus élaborées (écrit sous toutes ses formes, audiovisuel, etc.).

Si la pédagogie des sciences de la santé connaît, dans les années à venir, le développement qu'elle a connu dans les pays anglophones, on peut espérer intégrer cette formation à l'acquisition de grades universitaires dans cette nouvelle discipline.

- Les séminaires d'interformation ont pour objectif l'acquisition spécifique de l'aptitude à l'enseignement de la médecine générale. Le maître de stage, dans son cabinet, le chargé d'enseignement, lors de ses cours à la faculté, restent isolés. Ils doivent se rencontrer périodiquement afin de s'entraîner :

- à l'analyse logique des situations médicales afin de pouvoir transmettre les mécanismes du comportement médical dans toutes les hypothèses, même les moins familières ;

- à l'analyse psychologique de la relation médecin-malade afin de pouvoir la maîtriser et, si possible ou souhaitable, l'utiliser ;

- à l'analyse de l'évolution des étudiants au cours de leur curriculum afin de mieux correspondre, dans les enseignements de médecine générale, à chaque phase de leur formation.

Participer à ces séminaires en compagnie d'enseignants plus chevronnés est un élément important de la formation.

- La mise en situation, contrôlée, est sans doute l'élément de ce programme qui va permettre le plus grand gain de temps. Le stagiaire-enseignant assistera d'abord passivement à une ou plusieurs tables rondes, puis il en co-animera auprès d'un titulaire, enfin il en animera seul, assisté et observé par l'enseignant. Toutes ces phases devront faire l'objet d'évaluation ultérieure.

Pratiquement, l'I.F.E.M.G. organisera, chaque année universitaire, des séminaires d'initiation puis des séminaires d'interformation et des stages d'enseignant auprès des U.E.R. qui dispensent un enseignement de médecine générale conforme aux objectifs que nous avons esquissés dans les chapitres précédents <sup>(10)</sup>.

### **Status**

#### **de l'I.F.E.M.G.**

*Article 1* La Société Française de Médecine Générale fonde une association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, ayant pour titre. « Institut de Formation à l'Enseignement de la Médecine Générale » (I.F.E.M.G.).

*Article 2* Cette association a pour but de donner une formation d'enseignant de la médecine générale aux généralistes appelés à travailler dans le cadre universitaire. En vue d'assurer cette formation, l'I.F.E.M.G. passera convention avec la ou les U.E.R. médicales qualifiées pour ce faire.

*Article 3* Le siège social est fixé à Versailles, 5 bis boulevard de Lesseps. Il pourra être transféré par simple décision du conseil d'administration ; la ratification par l'assemblée générale sera nécessaire.

*Article 4* L'association se compose de membres d'honneur, de membres correspondants et de membres titulaires au nombre de trente au plus désignés par la Société Française de Médecine Générale et dont 50 % au moins doivent être enseignants à l'Institut suivant la définition de l'article 4 bis.

*Article 4<sup>bis</sup>* Pourront être membres titulaires au titre d'enseignant, les généralistes remplissant une fonction d'enseignement reconnue par la ou les U.E.R. médicales où ils enseignent.

- Article 5* Pour faire partie de l'association, il faut être agréé par le conseil d'administration, suivant des critères définis par le règlement intérieur.
- Article 6* Les membres. Sont membres d'honneur ceux qui ont rendu des services signalés à l'association; ils sont dispensés de cotisation. Sont membres titulaires ceux qui ont été agréés par le conseil d'administration et qui ont pris l'engagement de verser annuellement leur cotisation. Sont correspondants ceux qui sont reconnus comme tels par le conseil d'administration.
- Article 7* Radiation. La qualité de membre se perd par: démission, décès, radiation prononcée par le conseil d'administration pour non paiement de la cotisation ou pour motif grave, l'intéressé ayant été invité par lettre recommandée à se présenter devant le bureau pour fournir des explications, perte des qualités qui l'ont fait désigner.
- Article 8* Ressources. Les ressources de l'association comprennent toutes celles qui sont légalement possibles.
- Article 9* Conseil d'administration. L'association est dirigée par un conseil d'administration de dix membres élus parmi les titulaires. Il est élu pour 3 ans par l'assemblée générale. Les membres sont rééligibles. Le conseil d'administration choisit parmi ses membres: un Président, un ou plusieurs vice-présidents, un secrétaire et un trésorier, qui composent le Bureau.
- Article 10* Le premier conseil sera en place pour 3 ans. En cas de vacances, le conseil pourvoit provisoirement au remplacement de ses membres. Il est procédé à leur remplacement définitif par la plus prochaine assemblée générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.
- Article 11* Réunion du conseil d'administration. Le conseil d'administration se réunit une fois au moins tous les six mois sur convocation du président, ou sur la demande du quart de ses membres.  
Les décisions sont prises à la majorité des voix, en cas de partage, la voix du président est prépondérante. Tout membre du conseil d'administration qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois réunions consécutives, pourra être considéré comme démissionnaire.
- Article 12* Assemblée générale ordinaire. L'assemblée générale ordinaire comprend tous les membres de l'association. Elle se réunit chaque année. 15 jours au moins avant la date fixée, les membres de l'association sont convoqués par les soins du secrétaire. L'ordre du jour est indiqué sur les convocations.  
Le président, assisté des membres du bureau, préside l'assemblée et expose la situation morale de l'association. Le trésorier rend compte de sa gestion et soumet le bilan à l'approbation de l'assemblée.  
Assemblée générale extraordinaire. Si besoin est, ou sur la demande de la moitié plus un des membres inscrits, le président peut convoquer une assemblée générale extraordinaire selon les modalités prévues à l'article 11.
- Article 13* Règlement intérieur. Un règlement intérieur peut être établi par le bureau qui le fait alors approuver par l'assemblée générale.
- Article 14* Dissolution. En cas de dissolution prononcée par les deux tiers au moins des membres à l'assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet, un ou plusieurs liquidateurs sont nommés par celle-ci et l'actif, s'il y a lieu, est dévolu conformément à l'article 9 de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et au décret du 16 août 1901.

# *projet de réforme des études médicales*

Les études médicales dans leur état actuel, n'assurent pas la formation la mieux adaptée aux différentes formes d'exercices requises par les besoins de la santé publique.

Les projets de réformes, dont nous avons connaissance, privilégient une catégorie limitée de praticiens, les spécialistes, les hospitaliers, sans tenir un compte objectif des réelles nécessités de formation des autres catégories.

L'originalité de notre projet tient essentiellement à :

- un contact précoce des étudiants avec les réalités quotidiennes du malade et de la maladie, grâce notamment à des activités de secouriste et d'aide-soignant dès le P.C.E.M. ;
- la généralisation à tous les étudiants, dès la fin du D.C.E.M. et au cours du T.C.E.M., de fonctions de responsabilité de diagnostic et de soin, avec un encadrement de plus en plus souple, dont l'internat classique représente un des aspects ;
- une utilisation rationnelle de toutes les possibilités de formation existantes, comportant notamment la participation à l'enseignement des professionnels de toutes les disciplines intéressant la santé, de façon notamment à diversifier, dès le début des études médicales, les modèles de référence des étudiants ;
- l'appréciation et l'évaluation continues des aptitudes de chaque étudiant, ce qui leur permet un meilleur choix de carrière, dans les quatre axes que l'on peut schématiser :
  - médecine praticienne ;
  - médecine hospitalière, à plein-temps ou non ;
  - médecine de recherche fondamentale ou appliquée ;
  - médecine administrative et sociale.

Si les filières aboutissant aux sciences fondamentales, aux carrières administratives ou hospitalières paraissent à peu près tracées, celle de la médecine praticienne n'est pas résolue.

En effet, l'existence de structures de diagnostic et de soins, lourdes, coûteuses et de plus en plus spécifiques ne peut qu'écartier la pratique médicale vers ses deux pôles. médecine générale et médecine hospitalière publique ou privée. De plus en plus souvent, le médecin sera généraliste, avec une compétence particulière plus ou moins exclusive, ou hospitalier avec une vocation plus ou moins spécialisée.

Notre projet tient compte des possibilités actuelles de formation ou de celles qui sont réalisables à court terme, sans bouleversement fondamental de notre organisation sanitaire. Il permet en outre d'apprécier les aptitudes des étudiants selon la forme d'exercice qu'ils envisagent et en fonction des besoins de la Santé <sup>(11)</sup>.

La difficulté majeure à laquelle se heurtent les facultés de médecine tient au fait qu'elles doivent, à la fois, dispenser un enseignement universitaire de haut niveau et assurer une formation professionnelle complète et adaptée, puisque le Doctorat d'État qui en sanctionne les études autorise la pratique médicale sans réserve ni contrôle.

Tout projet cohérent de formation médicale doit donc partir, non pas d'une étude de la somme des connaissances existantes, mais d'une analyse aussi précise que possible de la fonction des professionnels que l'on entend former, c'est-à-dire du recensement des différentes formes d'exercice médical requises par l'état actuel de l'organisation de la santé publique et de celles que peuvent prévoir les études prospectives en cours.

Au-delà de la classique distinction en médecine de soins, de prévention, de recherche et de gestion, dont les fonctions sont souvent intriquées, on peut distinguer 4 secteurs principaux :

- médecine dite de clientèle, de ville, ou praticienne, spécialisée ou non, mais à caractère peu technique, c'est-à-dire ne dépendant pas de moyens ou d'infrastructures complexes et coûteux, autant préventive que curative.
- médecine de haute technicité au plan diagnostic et/ou thérapeutique, essentiellement hospitalière, publique ou privée.
- disciplines dites fondamentales, orientées vers la recherche et les laboratoires de biologie appliquée.
- fonctions administratives (Santé Publique Sécurité Sociale) et fonctions de médecine préventive organisée à l'échelon d'une collectivité (médecine du travail, du sport, scolaire).

Il appartient à chacune des catégories professionnelles ci-dessus évoquées, dans un premier temps, de se définir afin de dégager dans un second temps, leurs objectifs pédagogiques spécifiques; la très grande hétérogénéité des formes d'exercice rend cette démarche indispensable. De la confrontation de ces différentes analyses pourra résulter la définition d'un tronc commun des études médicales, acquisition de connaissances de haut niveau nécessaires à tous, pouvant trouver place au cours des premier et deuxième cycles des études médicales et ne pouvant, en aucun cas, se confondre avec la formation du généraliste. Cette démarche permettra d'autre part le recensement et la répartition des moyens susceptibles de concourir à la formation des différentes catégories envisagées, répartition qui pourra alors être faite avec la meilleure rentabilité des moyens et sans qu'aucune discipline ne soit, comme c'est le cas actuellement, sacrifiée aux autres. Enfin, le curriculum spécifique de chaque catégorie professionnelle pourra être établi, trouvant normalement sa place au cours de troisièmes cycles adaptés à chaque formation.

### ***Premier cycle***

Il n'est pas dans notre propos d'entrer dans le détail de son organisation. Nous en dirons simplement ce qui nous paraît devoir être déterminant pour la formation des généralistes.

La quasi-unanimité des enseignants de médecine semble être d'accord pour que le concours d'entrée aux études médicales, dans la mesure où il doit être maintenu, soit placé avant le début des études pour qu'il donne une égalité de chances aux bacheliers littéraires et scientifiques<sup>(12)</sup>. Il nous paraît particulièrement important que l'accès à la profession de généraliste ne se fasse pas essentiellement sur l'aptitude au raisonnement mathématique mais tienne compte avant tout de qualités « humaines ». Le P.C.E.M. devrait être l'occasion, pour tous les étudiants, d'acquérir une large culture générale et de tester leur aptitude à embrasser une profession de santé. Dans cette optique, la mise au contact des réalités professionnelles doit intervenir très tôt. Ceci peut se faire; en P.C.E.M.1, sous forme d'acquisition d'un diplôme de secouriste, suivie d'une pratique de cette activité, puis, en P.C.E.M. 2, en accomplissant des fonctions d'aide-soignant dans un service hospitalier, ainsi que de réceptionniste ou d'aide dans des cabinets médicaux.

En ce qui concerne l'enseignement proprement dit, avant l'acquisition des données scientifiques nécessaires à la poursuite de leurs études, un enseignement thé-

matique sur l'homme sain et ses interrelations avec son environnement devrait être susceptible de motiver plus profondément les étudiants à leurs futurs métiers.

### **Deuxième cycle**

C'est le temps de la formation clinique. L'enseignement doit comporter un tronc commun donnant à tous les bases scientifiques indispensables aux diverses formes d'exercice médical, un certain nombre de modèles de processus morbides choisis pour leur caractère exemplaire et/ou leur fréquence, enfin des modèles professionnels de référence permettant aux processus d'identification de se dérouler. A côté de ce tronc commun, des enseignements optionnels devront permettre à chaque étudiant de tester ses goûts ou ses aptitudes pour les différents débouchés professionnels, en suivant des filières de pré-orientation qui devront rester largement ouvertes afin de ne pas tomber dans l'erreur d'une détermination trop étroite et trop précoce. Les praticiens des différentes disciplines devront participer à l'élaboration du programme du tronc commun et dispenser eux-mêmes une large part des enseignements optionnels.

Sur le plan de la formation pratique, les trois premières années de deuxième cycle doivent être occupées par des fonctions d'externe, avec acquisition de l'ensemble des aptitudes exigées pour le diplôme d'état d'infirmière, et de l'équivalence de ce diplôme. Elles devront comporter, en outre, associés à des enseignements optionnels, des mini-stages d'initiation aux différents secteurs de la médecine extra-hospitalière. La quatrième année pourrait marquer le début de l'accession à des responsabilités thérapeutiques, analogues à celles des internes, dans des services à haut niveau d'encadrement mais à faible coefficient de spécialisation et de technicité.

La fin du deuxième cycle doit être marquée par un examen final, reprenant en l'adaptant les traditionnels examens de cliniques. C'est dire qu'il ne doit pas s'agir essentiellement de tester un niveau de connaissances mais une aptitude pratique à résoudre les situations médicales les plus couramment rencontrées, aptitude logique affective et technique. La difficulté de trouver dans les services hospitalo-universitaires, le type de malade adéquat à ce projet peut être tournée en ayant recours aux patients du secteur privé hospitalier ou non, ou à des dossiers programmés, assurant une bonne simulation des situations courantes.

### **Troisième cycle**

Il a pour vocation d'assurer, à partir des connaissances acquises au cours des cycles précédents une formation professionnelle adaptée à chacun des aspects de la pratique médicale.

La valeur formatrice de l'internat ne doit pas être remise en cause: il permet l'accès progressif à des responsabilités de moins en moins encadrées et de plus en plus autonomes. Il paraît donc souhaitable d'en conserver le modèle et d'en généraliser la pratique à tous les étudiants en le diversifiant en fonction de leur destinée ultérieure, mais sans spécialisation prématurée et avec toutes les « passerelles » possibles afin de redresser à tout moment des erreurs de choix.

Nous avons vu que le début de ces fonctions devraient trouver place en D.C.E.M.4, à la fin du curriculum de base, commun à tous.

Les deux premières années de troisième cycle (T.C.E.M.1 et 2) comporteront des fonctions d'interne, obligatoires mais plus diversifiées, au terme desquelles l'étudiant soutiendra sa thèse de Doctorat, qu'il aurait donc deux années pour élaborer ce qui présente, entre autres avantages celui de ne plus voir de thèses bâclées en quelques semaines. Au cours de ces deux années, des voies divergentes apparaissent.

- Les carrières d'administration, de gestion et de prévention seront préparées par les moyens appropriés (écoles de Santé publique ou de Sécurité Sociale, C.E.S. de médecine du travail ou du sport, maîtrises ou doctorats de droit médical, d'éco-

nomie de la Santé ou de gestion hospitalière, etc.);

- L'orientation vers les disciplines « scientifiques » (biochimie, biophysique, biologie, etc.) se fera dans le cadre des laboratoires de recherche ou d'analyses concernés avec l'accès progressif aux responsabilités de la discipline, tandis que les études spécifiques seront entreprises (D.E.R.B.H. par exemple).
- Pour la majorité des étudiants qui se destineront à la médecine de soins, ils pourront s'orienter progressivement au cours de ces deux années vers la médecine praticienne, avec ou sans acquisition d'une compétence particulière, ou vers la médecine hospitalière, avec ou, sans acquisition d'une spécialité qui sera éventuellement de haut niveau technique.

Il nous paraît, en effet, souhaitable de substituer à la classique distinction entre généralistes et, spécialistes des possibilités beaucoup plus nuancées d'exercice de la médecine clinique, tenant compte de la grande variété des compétences particulières dont certaines seulement s'accommodent d'un exercice exclusif ou le postulent. On peut citer, parmi ces dernières, les spécialités qui nécessitent un matériel coûteux et une infrastructure complexe, telles la chirurgie ou la radiologie. Par ailleurs, les conditions de formation aux différentes spécialités correspondent à des durées d'étude très variables selon les cas ainsi qu'à une divergence plus ou moins précoce de leur formation spécifique à partir du tronc commun.

On peut encore remarquer que, de l'une à l'autre, le rapport formation théorique - formation pratique - formation technique est très différent si bien qu'il est impossible de prévoir un schéma susceptible de s'appliquer à toutes les éventualités. On peut très bien imaginer que l'acquisition de certaines compétences presque exclusivement théoriques puisse se faire très tôt, dès le T.C.E.M.1, et en un temps relativement court, que, par contre, telle spécialité clinique ne puisse débiter qu'après une ou deux années de formation générale et puisse se prolonger pendant plusieurs années, incluant le début de l'exercice professionnel autonome.

Il est impossible, enfin, de prédéterminer la qualification des généralistes de haut niveau (consultants), dont la compétence s'affine et s'arme tout au long d'une carrière, entraînant la reconnaissance indiscutée d'une notoriété plus marquée dans tel ou tel domaine parfois sans rapport avec les orientations de départ. Une orientation spécialisée, dès le début de l'internat, aurait pour conséquence de stériliser définitivement des possibilités de reconversion et des recherches originales, faute d'une culture suffisamment étendue pour pouvoir les aborder.

### ***Orientation en fin d'études***

Comment devra s'opérer l'orientation des étudiants dans ces différentes directions? Le choix d'une carrière peut se faire selon différents critères, connaissances préalablement acquises, goûts et aptitudes techniques, goûts et aptitudes psychologiques. Ni l'un ni l'autre de ces critères n'est seul satisfaisant. Les qualités de minutie et d'ordre du chercheur s'opposent en effet, à la quête permanente et à la pratique un peu désordonnée du généraliste. Entre ces deux extrêmes se placent toutes les éventualités, de la pratique exclusive ou d'une compétence à la spécialité de haut niveau technique ou à la recherche appliquée. Il doit être possible d'orienter les étudiants en fonction de leurs aptitudes, après un contrôle des connaissances de base et des options choisies en fonction des goûts. C'est ainsi que les deux premières années d'internat seraient choisies en fonction d'un classement mais en concordance avec la filière optionnelle suivie auparavant.

Les années suivantes seraient étroitement liées au choix de carrière définitif, permettant de réaliser une formation intégrée à plein-temps, pour les différentes spécialités, ainsi que le recommande le traité de Rome.

Dans l'état actuel de la carte sanitaire, cette généralisation de l'internat est parfaitement réalisable. Si l'on considère que doivent être diplômés environ 8000 méde-

cins par an, en France, cela représente 24000 postes pour les trois premières années et 6000 pour la quatrième année qui ne concerne pas toutes les filières, soit, en tout 30000 postes. Il existe environ 400000 lits hospitaliers, sans tenir compte des hôpitaux de troisième catégorie, des hôpitaux ruraux, des établissements privés d'hospitalisation; si l'on ajoute ces lits, on arrive au total d'environ 600000 lits, ce qui assure une moyenne de 20 lits par poste d'interne, sans tenir compte des postes au cabinet du praticien ni des postes en médecine de prévention qui, tous deux, sont indispensables à la formation des catégories correspondantes des médecins. On nous alléguera qu'il n'existe actuellement qu'environ 8000 postes « formateurs », c'est-à-dire ceux des hôpitaux universitaires et certains services de C.H.R. et que ceux que nous venons de recenser ne le sont pas. Nous répondons que tous les postes qui sont bons pour assurer de la prévention ou dispenser des soins ont une valeur formatrice à condition que l'encadrement pédagogique y soit suffisant et que si cet encadrement fait actuellement défaut, en raison notamment du dogme de l'intégration hospitalo-universitaire, c'est une raison de plus pour supprimer le monopole des hospitaliers sur l'enseignement médical.

### ***Au-delà du doctorat***

La grande souplesse de l'organisation de fin d'études que nous venons d'esquisser, va permettre la plus grande diversité des carrières, de l'exercice plein-temps en ville au plein-temps hospitalier avec de nombreuses formules d'exercice à temps partiel. Ce dernier sera assuré essentiellement par des généralistes dans les hôpitaux du praticien et les hôpitaux régionaux, et par des spécialistes de compétence étroite, de haut niveau ou de grande technicité dans les C.H.U. et les centres spécialisés.

En effet, tant pour satisfaire aux besoins légitimes des malades qu'aux nécessités de l'enseignement et de la recherche, il est souhaitable de réserver la pratique de techniques hautement sophistiquées à des secteurs temps plein et de confier les activités nécessitant une prise en compte plus globale du malade dans son environnement à des praticiens dont l'exercice est moins exclusif.

Ceci s'applique également aux fonctions enseignantes qui ne peuvent plus rester exclusivement associées à la pratique hospitalière, encore moins à celle très limitée des hôpitaux de C.H.U. Il n'en demeure pas moins nécessaire de conserver la structure du C.H.U. en raison de l'étroite liaison qui existe entre l'enseignement, l'élaboration des connaissances et la recherche fondamentale; mais cette structure doit être ouverte afin d'intégrer (comme elle l'a fait pour des disciplines non médicales de sciences ou de lettres, voire de droit ou d'économie) des enseignants capables d'assurer la formation médicale dans tous les domaines où cela s'avère nécessaire, domaine dont le lieu d'exercice n'est pas obligatoirement hospitalier. Des statuts devront être élaborés dans ce sens pour sortir des improvisations actuelles et assurer à toutes les disciplines un égal niveau de sérieux et d'efficacité<sup>(13)</sup>. Sans aucun bouleversement par rapport aux statuts actuels puisque les fonctions intégrées hospitalo-universitaires laissent apparaître un salaire hospitalier, d'une part, et un salaire universitaire, d'autre part, on peut et on doit créer des statuts d'enseignants, sans fonction hospitalière mais exerçant leur activité pratique dans un autre secteur médical. Le choix de tel ou tel statut dépendra alors uniquement de la discipline enseignée selon qu'elle nécessite ou non le regroupement dans le cadre hospitalo-universitaire de l'ensemble des activités qui la concernent (pratique, enseignement, recherche).

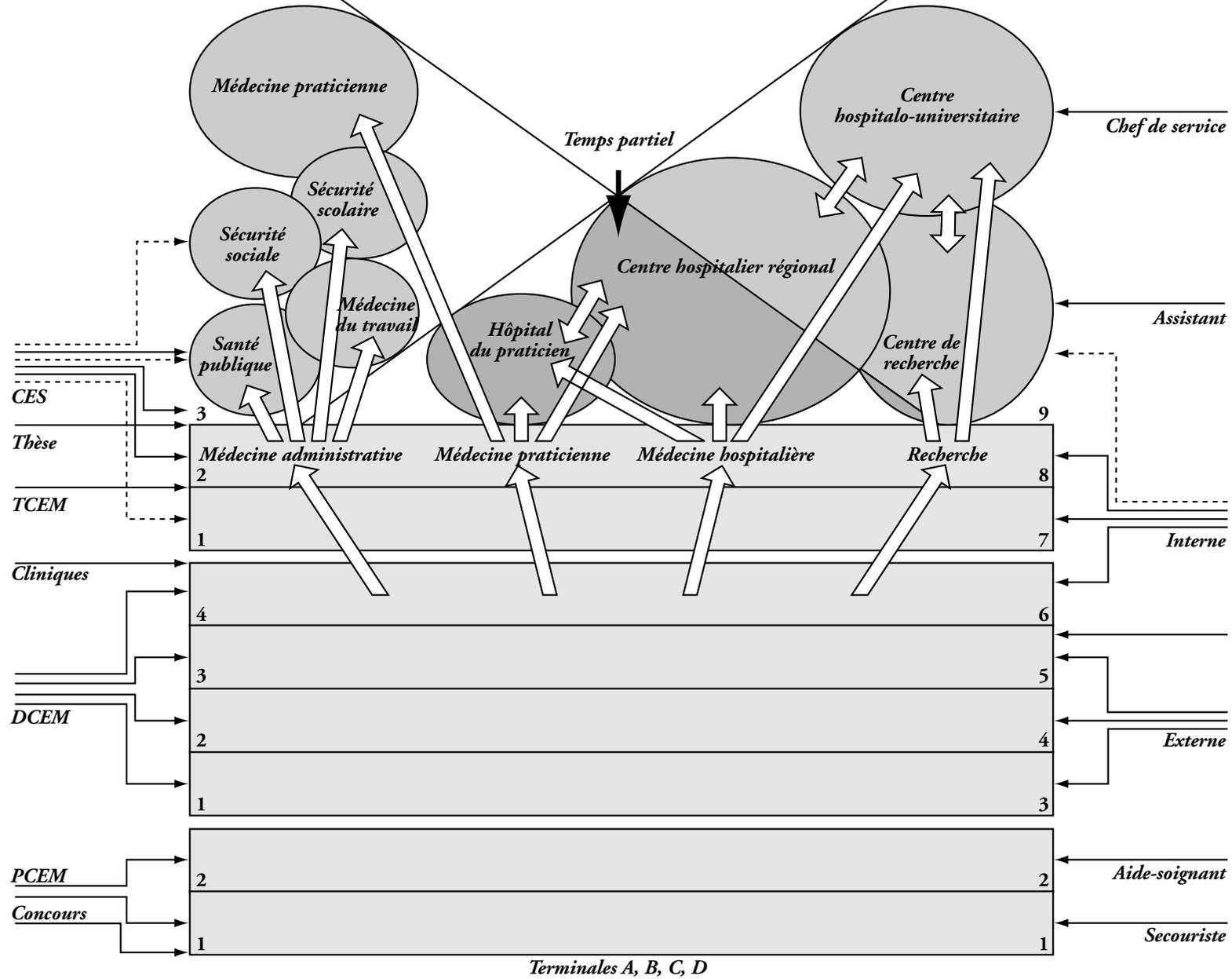
Le tableau page 28 résume nos propositions (Tableau n° III).

### ***Quelques questions particulières***

Sans vouloir, en aucune façon, être exhaustif, quelques problèmes méritent une attention et une réponse particulière. Il s'agit du concours d'entrée, de l'internat, et de la formation des spécialistes, des carrières hospitalières, des carrières d'enseignement et de l'universalité du diplôme de docteur en médecine.

*Exercice exclusif extra-hospitalier*

*Plein temps hospitalier*



*Le concours  
d'entrée*

Le caractère d'école professionnelle des facultés de médecine en fait une nécessité devant l'afflux des candidats, à moins de se résigner à voir les médecins, dans un proche avenir, gonfler la déjà trop longue liste des chômeurs. La solution actuelle, brisant l'unité du P.C.E.M. et sacrifiant la qualité et l'efficacité de sa première année à la préparation du concours, ne peut être retenue. On peut imaginer une ou deux années de propédeutique pour préparer à un concours d'entrée, mais à condition que ces années soient sanctionnées par un D.E.U.G., par exemple, ouvrant des possibilités d'équivalence avec des professions voisines. Notre préférence va à un concours d'entrée portant sur des matières aptes à sélectionner de futurs médecins, tous les candidats reçus devant, à priori et sans exception, terminer avec succès leurs études de médecine. La diversité des débouchés devrait le permettre à condition de diversifier parallèlement les formations nécessaires au départ.

*L'examen de  
fin du D.C.E.M.*

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons déjà écrit plus haut à ce sujet : il ne doit pas servir à évaluer une somme de connaissances mais des aptitudes à entrer dans les filières diversifiées du T.C.E.M. Il peut, en outre, servir d'épreuve de classement pour les fonctions d'interne des années ultérieures. Le concours d'internat de C.H.U., dans ce contexte, ne devrait plus servir qu'au recrutement des cadres hospitaliers, notamment plein-temps, et intervenir une à deux années plus tard. Il n'entre bien évidemment pas dans notre propos d'en fixer les modalités. Nous souhaitons seulement, s'il devait être maintenu que, sauf orientation très particulière, la spécialisation ne débute qu'après plusieurs semestres d'exercice dans des services peu ou non spécialisés.

*La formation  
des spécialistes*

L'attribution des compétences devrait sanctionner l'acquisition d'une formation adaptée plus que l'accumulation de connaissances plus ou moins théoriques. Elle revêtira ainsi l'aspect d'un constat et ne sera plus la conséquence d'une sélection qui n'ose pas dire son nom comme c'est souvent le cas actuellement. Au niveau d'études supérieures où nous sommes, l'élimination de candidats au terme d'une ou plusieurs années de C.E.S. constitue un énorme gâchis en temps, en hommes et en moyens.

En outre, la formation d'un spécialiste étant liée à son apprentissage au contact des réalités de sa discipline, comme celle de tout médecin, on voit mal comment il pourrait y avoir davantage de promus que de besoins précis, à moins de gonfler abusivement des structures de soins dans tel ou tel domaine. S'il existe, par exemple, peu de services spécialisés en neurologie, c'est sans doute que cette spécialité ne concerne qu'un pourcentage minime de cas pathologiques et le caractère réduit des possibilités d'enseignement en cette matière qui en découle est parfaitement adapté. En sens inverse, l'importance des services de maladies cardiovasculaires traduit l'importance numérique de ces affections et permet la formation de tous les spécialistes nécessaires aux besoins. On nous dira que certaines spécialités nécessitent peu de structures de soins lourdes, du type de celles des C.H.U., alors qu'un nombre important de praticiens en relevant est nécessaire aux besoins de santé de la population ; c'est certain mais il faut alors convenir que les spécialistes hospitaliers de cette discipline sont les plus mal placés pour l'enseigner, ce qui nous ramène au problème de la médecine générale.

*Les carrières  
hospitalières*

Il faut distinguer 3 types d'établissements hospitaliers. Les C.H.U., les Centres hospitaliers régionaux (C.H.R.) autres que C.H.U. et les hôpitaux du praticien et autres hôpitaux locaux, publics ou privés.

- Les C.H.U., auxquels nous rattacherons les centres très spécialisés comme les instituts du cancer. L'évolution des techniques médicales a concentré dans ce type d'établissement les formes de recherche et d'exercice les plus sophistiquées. Il

paraît donc normal qu'ils continuent à assumer cette fonction qui s'accommode au mieux des carrières à temps plein et permet d'assurer une formation de haut niveau scientifique et technique. Par contre, nous ne pouvons taire notre préoccupation quant aux critères actuels de choix des enseignants, depuis la suppression des épreuves des concours postérieurs à l'internat. On peut être un excellent clinicien ou un chercheur distingué et très mauvais pédagogue, et vice-versa.

La triple fonction de soins, de recherche et d'enseignement assignée aux C.H.U. l'est aux services et aux laboratoires de ces établissements; il n'est absolument pas indispensable qu'elle le soit à chacun des membres de leurs équipes. On peut imaginer que le recrutement des cadres des C.H.U. se fasse grâce à des formules qui associent épreuves de titres et travaux (les seules utilisées actuellement), épreuves d'aptitude à l'un ou l'autre ou à l'ensemble des trois fonctions requises, épreuves de connaissances. A ces conditions, les profils de carrière actuels des cadres de C.H.U. seraient maintenus, avec notamment la totale sécurité d'emploi qui est la leur.

- Les C.H.R., autres que les C.H.U. Ils ont eux, une vocation d'établissement semi-spécialisé. Nous ne trouvons pas normal que continuent à proliférer des services spécialisés créés plus en fonction des intérêts de leurs responsables que de l'intérêt du malade et des besoins de la Santé publique. Leur structure pourrait comporter.

- un service d'accueil et d'urgence où le temps d'hospitalisation ne pourrait pas excéder trois jours et où tous les soins immédiats pourraient être dispensés

- des services d'hospitalisation de médecine interne et de médecine générale où la quasi-totalité des malades devraient trouver place

- des services et laboratoires hautement spécialisés ne comportant que quelques lits de diagnostic et/ou de soins pour des cas très limités qui n'auraient besoin d'y séjourner que quelques jours.

Une telle structure restituée au malade et à la médecine, donc à l'enseignement, sa globalité, évite des hospitalisations abusives ou abusivement prolongées dans des services inadaptés, permet de larges échanges au lit du malade entre les différents spécialistes.

En outre, à côté de fonctions plein-temps nécessaires à la permanence des soins et à la bonne marche des unités spécialisées, ces hôpitaux devront faire une large place à des temps partiels afin que toutes les formes d'exercice puissent s'y retrouver et qu'au maximum la continuité des soins pour chaque malade soit assurée. Ils pourront être ainsi des lieux de rencontre, de dialogue et d'information privilégiés.

- Les hôpitaux de praticien. Ce terme recouvre tous les établissements locaux, à infrastructure légère. Leur nombre, après recensement des cliniques privées, devra être considérablement augmenté afin que ces hôpitaux puissent être les établissements d'accueil de la majorité des cas pathologiques qui ne peuvent être correctement diagnostiqués ou traités à domicile sans un minimum d'environnement technique et de surveillance permanente, véritables substituts du domicile du malade; les praticiens de ville y assureront eux-mêmes les soins de leurs patients, en étroite liaison avec des personnels d'encadrement permettant la permanence des soins et de l'enseignement, mais eux-mêmes étant, chaque fois que cela est possible, employés à temps partiel.

Ces établissements seraient le lieu idéal de formation des généralistes, les activités des étudiants enfin d'études pouvant s'y partager entre des responsabilités hospitalières et des fonctions d'assistant en clientèle. À un degré moindre, certains C.H.R. pourraient offrir les mêmes possibilités.

### *Les charges d'enseignement*

Il s'agit bien de charges et non de carrières. C'est dire qu'il nous semble indispensable que les habitudes actuelles qui accordent automatiquement à certaines fonctions hospitalières des responsabilités d'enseignement soient modifiées. D'une part, aucune forme d'exercice médical, fut-elle très spécialisée et hautement « scientifique » ne peut avoir le monopole de l'enseignement médical: c'est de simple bon sens. D'autre part, il n'existe, a priori, aucune équation entre la compétence professionnelle et les qualités pédagogiques.

Nous souhaitons donc que l'enseignement soit confié à ceux qui en ont le goût et la compétence, et ce parmi les meilleurs de toutes les disciplines ou formes d'exercice, sans exclusive.

Pratiquement, les charges d'enseignement ne doivent pas être dissociées d'une autre activité, soit de recherche, notamment pour les sciences fondamentales, soit de prévention ou de soins, notamment pour les disciplines cliniques. Nous tenons donc fermement à la bi-appartenance, pour reprendre un terme usuel, mais nous refusons aussi fermement que, quelque forme d'exercice que ce soit, entraîne, ipso facto, une fonction d'enseignement.

En attendant la réforme nécessaire qui briserait le monopole hospitalier actuel, il est aisé de créer des échelons parallèles pour l'enseignement de disciplines étrangères au cadre hospitalier, notamment pour la médecine générale. Le premier degré, celui des maîtres de stage, correspondant aux chefs de clinique hospitaliers, pourrait être intitulé « chargé d'enseignement clinique »; les suivants exactement calqués sur les titres en vigueur: maître de conférence puis professeur. Ces charges devront, bien entendu, comporter tous les droits comme toutes les obligations de leurs homologues hospitaliers.

### *L'universalité du diplôme*

Dans l'état actuel de la législation le doctorat d'état en médecine autorise l'exercice de cette profession sans aucune autre limite que celle que s'impose la conscience de chacun. La création de filières de formation adaptées à toutes les formes d'exercice, y compris la médecine générale, remet en cause cette universalité. Deux solutions sont théoriquement possibles. La première consisterait à ne délivrer le diplôme qu'au terme de la formation spécifique, assorti d'une mention précisant le type d'exercice auquel il s'applique, ce qui ne manquerait pas de poser des problèmes en cas de reconversion ultérieure.

La seconde solution nous paraît plus réaliste: au terme du tronc commun des études, un doctorat d'université sanctionne les connaissances acquises; pendant le cycle de formation spécifique, une licence provisoire d'exercice autorise tous les actes nécessaires à cette formation, mais en milieu contrôlé; au terme de la formation spécifique, un nouveau diplôme en sanctionne l'acquisition et autorise le plein exercice, autonome. En cas de reconversion, le doctorat d'université reste acquis mais l'exercice dans une autre discipline reste subordonné au diplôme correspondant, ce qui est déjà le cas pour les C.E.S.

## ***les associations professionnelles intéressant la médecine générale***

À propos des stages, nous avons fait allusion à la diversité de finalité des différentes associations professionnelles. Des exemples fréquents d'une incroyable ignorance de certains dans ce domaine nous incitent à donner quelques précisions à la fin de ce recueil. La plupart de nos lecteurs qui, nous n'en doutons pas, sont parfaitement informés voudront bien nous en excuser.

### ***L'Ordre des Médecins***

Depuis l'ordonnance de 1945 qui l'a institué, il a pour fonction, exclusive, d'assurer l'application de la législation professionnelle. Il exerce son mandat par l'intermédiaire de différents échelons.

- Les conseils départementaux, élus par l'ensemble des médecins inscrits au tableau (l'inscription est obligatoire pour tous les médecins ayant un rapport quelconque avec le malade), tiennent les tableaux d'inscription à l'Ordre, vérifient la légalité des contrats liant les médecins dans leur exercice professionnel et assurent des missions d'entraide et de conciliation.
- Les conseils régionaux, élus par les membres des conseils départementaux, constituent la première instance de la juridiction professionnelle, instruisant des fautes professionnelles et infligeant des peines professionnelles pouvant aller jusqu'à l'interdiction temporaire d'exercer ou la radiation du tableau.
- Le conseil national, élu par les membres des conseils départementaux regroupés en collèges régionaux, est l'administrateur de l'ordre, le conseiller des pouvoirs publics sur les questions en rapport avec la profession, l'instance d'appel sur le plan de la juridiction, l'organisme d'élaboration des textes d'application nécessités par la loi, comme les contrats par exemple.

### ***Les centrales syndicales***

Elles sont au nombre de deux, polycatégorisées : la Confédération des Syndicats Médicaux Français (C.S.M.F.), la plus ancienne et la Fédération des Médecins de France (F.M.F.), plus récente, née d'une divergence avec la C.S.M.F. sur les conditions de participation de la profession à la politique médico-sociale de l'État, notamment dans le cadre des conventions liant les praticiens aux organismes d'assurance maladie. L'actuel texte conventionnel a été signé par la F.M.F. alors que le précédent avait été élaboré par la C.S.M.F. et signé par elle...

Les syndicats ont pour fonction la défense des intérêts matériels et moraux de leurs mandants. La diversité actuelle des disciplines et des formes d'exercice rend compte de la difficulté d'une action syndicale qui tienne compte des intérêts de chaque catégorie et de ceux de l'ensemble de la profession.

Ces deux centrales comportent, en leur sein, des structures de regroupement de généralistes. Le plus ancien, le Syndicat des Médecins Omnipraticiens Français (S.M.O.F.), vient de faire peau-neuve en se décentralisant en une fédération de syndicats départementaux ou régionaux (F.N.M.O.F.), affiliée à la C.S.M.F., elle a joué et joue un rôle important grâce à sa représentativité officielle, dans de nombreuses commissions ayant eu à connaître de problèmes pédagogiques. Plus récent, le collège des généralistes de la F.M.F. joue un rôle symétrique au sein de la seconde centrale nationale.

Le Syndicat National de Médecine de Groupe (S.N.M.G.), affilié à la C.S.M.F., polycatégorisé mais à forte dominante généraliste, s'est intéressé depuis quelques

années, à la participation privilégiée des groupes à l'enseignement des étudiants (notamment par l'accueil des stagiaires), à une alternative à l'hospitalocentrisme qui pourraient représenter les hôpitaux du praticien, enfin et plus récemment à des unités sanitaires de base, constituées en étroite liaison avec les municipalités, par intégration d'autres professionnels de santé.

Dernier né, le Syndicat de Médecine Générale (S.M.G.) est caractérisé par un engagement politique et social nettement affirmé dans le sens de la promotion du salariat au sein de structures sanitaires du type des centres de santé municipaux.

### ***Associations de formations continues***

Il existe deux groupements d'importance nationale, tous des polycatégorisés: le Groupement des Organismes de Formation et d'Interformation Médicale Continue (G.O.F.I.M.E.C.), fédération d'amicales médicales, et l'Association Nationale pour la Formation Médicale Continue (A.S.F.O.R.M.E.D.), créé par les deux centrales syndicales nationales pour servir d'intermédiaire entre la collecte des fonds destinés à la formation continue et leur répartition aux différents groupes habilités à les utiliser.

Actuellement, ces deux associations élargissent leur action d'une part à une réflexion et une formation pédagogique adaptées à la F.M.C., d'autre part à une incitation à la création de groupes locaux de F.M.C. à l'initiative des utilisateurs et non des prestataires. On peut donc dire que ces deux organismes représentent un effort d'élaboration d'une F.M.C. adaptée aux besoins de l'exercice médical des praticiens et dégagée d'un certain impérialisme hospitalier.

L'existence de la F.M.C. organisée ne doit pas, néanmoins, faire sous-estimer la réalité et l'importance de multiples formes de démarches individuelles ou en groupes très restreints poursuivant le même but; les praticiens ont toujours eu, dans leur très grande majorité, le souci d'actualiser leurs connaissances par leurs lectures, leurs fréquentations hospitalières, les échanges quotidiens qu'ils entretiennent avec leurs consultants et plus récemment, avec le développement des groupes et maisons médicales, au cours de réunions confraternelles extrêmement fructueuses.

A la charnière entre les associations de F.M.C. et les sociétés scientifiques, on peut situer la Société médicale des groupes Balint, regroupant les praticiens, généralistes, spécialistes, hospitaliers qui ont bénéficié de ce type particulier de formation à la relation médecin-malade et qui s'attachent à en dégager la spécificité par rapport à celle des psychothérapeutes spécialisés.

En conclusion, ce bref survol de nos organismes professionnels doit nous aider à mieux comprendre leur complémentarité. A chacun sa mission spécifique et il est souhaitable que le moins de confusion possible ne s'installe entre le rôle de chacun.

**Annexe 1**  
**Exemple**  
**de convention**  
**s'appliquant**  
**à un**  
**stage actif de**  
**fin d'études**  
**avec**  
**remplacement**

Convention en vue de l'organisation de l'enseignement des étudiants auprès de médecins praticiens  
Entre  
Le Collège de Médecine Générale de l'U.E.R.  
de ..... d'une part,  
et le Docteur .....  
exerçant la médecine générale à .....  
inscrit au Tableau du Conseil Départemental  
de .....  
de l'Ordre des Médecins, sous le numéro ..... d'autre part.  
Il est convenu que :

*Article 1* Le Docteur .....  
accepte de participer à la formation pratique des étudiants  
en .....<sup>e</sup> année d'études se destinant à l'exercice de la médecine générale,  
en les faisant profiter de son expérience professionnelle selon les modalités  
définies à l'article 2 ci-après.

*Article 2* Le Docteur .....  
devra établir avec l'étudiant qui lui sera présenté par l'U.E.R., un contrat de  
remplacement, contrat qui devra obligatoirement être soumis au Conseil  
Départemental de l'Ordre au tableau duquel  
le Docteur .....  
est inscrit.

Ce contrat pourra être :  
– soit un contrat de remplacement régulier et de courte durée afin de permettre  
au Docteur .....  
de s'absenter de son cabinet une ou plusieurs demi-journées par semaine, ou de  
se faire remplacer par l'étudiant pour ses gardes de nuit ou des dimanches et  
jours fériés, éventuellement pour ses gardes de jour.  
– soit un contrat de remplacement de longue durée couvrant une période de  
vacances, de congés, de maladie.

Dans tous les cas, ces remplacements devront être encadrés :  
– de périodes d'initiation préalables, pendant lesquelles le Docteur .....  
mettra l'étudiant au courant des malades en cours de traitement et de ses  
habitudes professionnelles,  
– et de compte rendu ultérieur d'activité de la part de l'étudiant.

*Article 3* Le Docteur .....  
devra, dans toute la mesure du possible participer aux activités universitaires  
organisées par le collège de médecine générale de l'U.E.R. pour les étudiants  
concernés activités qui ne pourront excéder une demi-journée par semaine et  
constitueront pour lui un accès à la formation médicale continue, telle qu'elle est  
définie par la législation en vigueur.

*Article 4* Le Docteur .....  
devra en fin de stage, fournir à l'U.E.R. un rapport sur son déroulement et  
notamment sur la manière dont l'étudiant se sera acquitté des responsabilités qui  
lui auront été confiées.

- Article 5* Le Docteur .....  
s'engage à faire participer l'étudiant à sa vie professionnelle dans toute la mesure du possible sauf refus ou réticence du malade qui devra être prévenu de cet état de fait.
- Article 6* Le Docteur .....  
ne pourra en aucun cas, pendant la période prévue pour ledit enseignement, laisser à l'étudiant la possibilité de signer des ordonnances, des feuilles d'Assurance Maladie ou tout autre imprimé administratif, en dehors des périodes de remplacement prévues à l'article 2.
- Article 7* Le Docteur .....  
s'engage à notifier à son assurance professionnelle la présence à ses côtés d'un étudiant, cependant non pourvu de responsabilités thérapeutiques, sauf pendant les périodes de remplacement prévues à l'article 2.
- Article 8* L'U.E.R. devra s'être assurée que l'étudiant bénéficie régulièrement de ses droits à la Sécurité Sociale.
- Article 9* L'U.E.R. s'engage à exercer ses responsabilités disciplinaires vis-à-vis des étudiants confiés au Docteur ..... Il est rappelé que les étudiants relèveront en outre de la juridiction ordinale pendant la durée de leurs remplacements.
- Article 10* L'U.E.R. de .....  
s'engage à reconnaître l'activité pédagogique  
du Docteur .....  
en lui reconnaissant la qualité d'Attaché d'Enseignement clinique, titre qui ne sera maintenu que dans la mesure où le Docteur ..... continuera à participer à cet enseignement.
- Ce contrat est établi à titre expérimental, pour une année universitaire et peut être reconduit par accord explicite entre les parties.
  - En cas de difficultés entre les parties, le Collège des Généralistes de l'U.E.R. de étudiera le dossier dans un but de conciliation et le transmettra, en cas de désaccord persistant, aux instances compétentes de l'U.E.R. et du Conseil de l'Ordre des Médecins.

Fait à..... en double exemplaire  
Le.....

***Annexe 2***  
***Contrat de***  
***stage chez***  
***un médecin***  
***praticien***

Université du Droit et de la Santé de Lille  
Faculté de Médecine  
Unité d'Enseignement et de Recherches de  
Sciences Médicales n° 1

Contrat de stage  
chez un médecin praticien  
Entre d'une part le Docteur .....  
exerçant la médecine générale  
à inscrit au tableau du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins  
sous le n° .....  
d'autre part M. ....  
stagiaire interné à .....  
demeurant .....  
et le Doyen de l'U.E.R.1 de la Faculté de médecine de Lille.

Il est convenu ce qui suit:

Le Docteur .....  
se propose d'accueillir M. ....  
Pour une durée de – 6 semaines – 3 mois

- du ..... au .....  
- à raison de trois demi-journées par semaine  
- en stage d'initiation à la médecine omnipratricienne.

M. .... suivra dans ses visites et ses consultations  
le Docteur ..... Celui-ci aura toute latitude  
d'infomer ses patients de la présence d'un médecin stagiaire par exemple par  
une affiche apposée en salle d'attente.

Le Docteur ..... est nommé pour une année Maître  
de Stages à la Faculté de Médecine de Lille. Il peut utiliser ce titre pour justifier  
la présence du médecin stagiaire à ses côtés, lors de ses consultations et de ses  
visites.

L'étudiant effectue le stage d'enseignement pratique sous l'autorité du médecin.  
Ce stage ne peut donc être assimilé à un remplacement, ni à un assistantat.

Le Docteur ..... s'engage, au terme  
du stage omnipratric de M ..... à transmettre  
un rapport de stage au Doyen Directeur de l'U.E.R.1 de la Faculté de Médecine  
de Lille.

Pendant son stage omnipratric, M .....  
étudiant de T.C.E.M.1, reste soumis aux règlements universitaires en vigueur.

Le présent contrat peut être résilié de part et d'autre avec un préavis de huit  
jours. Dans cette éventualité,

le Docteur .....  
préviendra immédiatement les autorités universitaires de la résiliation du contrat.

Fait à Lille, le .....

Le Doyen-Directeur de l'U.E.R. 1

Le Docteur .....

M .....

Etudiant de T.C.E.M.1

**Annexe 3**  
**Rapport de**  
**stage**

Ce stage de médecine générale a été effectué auprès de trois médecins  
généralistes exerçant en milieu mi-urbain, mi-rural à une trentaine de kilomètres  
au nord de Paris.

Madame le Docteur ..... exerce  
depuis quatre ans à .....

et Messieurs les Docteurs .....  
et .....

exercent en commun dans un cabinet médical à .....  
depuis six ans.

J'avais déjà vu Madame ..... l'année dernière pour l'enquête de  
l'U.V. de médecine générale portant sur les problèmes relatifs à la fécondation.  
Cette fois-ci, j'ai assisté à trois de ses consultations et fait une visite à domicile.  
Elle me présenta tantôt comme un jeune médecin faisant un stage de médecine  
générale, tantôt comme un étudiant en fin d'études faisant une enquête sur les  
conditions de travail d'un médecin de campagne (ce qui faisait toujours sourire  
les patients).

Je n'ai eu aucun refus de la part des malades, mais je pense que cela est dû au fait qu'elle leur demandait leur autorisation en ma présence, malgré cela je n'ai ressenti qu'une fois que j'étais de trop. Il s'agissait d'une jeune fille ayant des problèmes de contraception, ceux-ci n'ayant pas été abordés lors de la consultation. A part cette jeune fille, les malades ont bien accepté la présence d'un tiers, et certains ont même entrepris de me raconter leur maladie et dans le détail... Sur la trentaine de patients, il y eut autant d'hommes que de femmes et deux bébés. A propos du plus jeune, il avait huit jours et sortait tout juste de la clinique. J'ai été étonné qu'une jeune mère sorte d'une clinique avec son enfant sans qu'aucun conseil ne lui soit donné. Elle ignorait tout sur la manière d'élever un nourrisson. Il a fallu écrire trois ordonnances pleines de conseils et de « trucs ». Le deuxième bébé avait quatre mois et venait pour une visite systématique, sans problème particulier, ce qui permit d'aborder le reste de la famille. « *et la sciatique du grand-père?...* »

La pathologie des autres patients couvrait à peu près tous les domaines de la médecine, en passant sans transition de la pédiatrie à des problèmes psychiatriques, gynécologiques ou administratifs. Ce qui domine le plus, pourtant, c'est la rhumato et les problèmes psychologiques.

Par exemple, ce jeune lad soigné pour lombalgies avec plusieurs pincements discaux et une bascule de L<sub>3</sub> — dix années de cheval — et pas moyen de s'arrêter, d'ailleurs que faire d'autre?

Et cette jeune femme, mère de deux enfants, obligée de travailler, il faut bien rembourser les vingt millions de dettes contractées pour enfin avoir cette petite maison individuelle où on serait bien chez soi, entouré d'une cinquantaine d'autres maisons avec les mêmes gens et les mêmes problèmes d'échéances. Le mari qui se tue au travail, les gosses en nourrice; la tondeuse à gazon le dimanche, et par dessus tout cela une grosse fatigue et mal partout.

Alors, on va voir le docteur, il aura bien un truc pour empêcher de penser à tous ces problèmes

Bien sûr, il y a la visite annuelle des pompiers ou de la section locale de judo pour amener une détente souriante dans l'après-midi. Et puis, il y a celui qui jure croix de bois, croix de fer, qu'il ne boira plus, qu'il a compris, et que cette fois-ci c'est la bonne... et celui qui a attrapé une spondylite gonococcique parce que sa femme, vous comprenez... et la petite vieille de 84 ans qui vient tous les mois et n'a rien de spécial depuis l'autre jour, mais cela fait du bien de venir bavarder avec la doctoresse parce qu'elle comprend... et celle qui prend la pilule depuis trois ans et qui se demande bien pourquoi... et celle qui a pris huit kilos et qui ne mange rien... Et celle qui a une insuffisance rénale et qui ne peut pas prendre d'antibiotique pour sa sinusite; alors on l'envoie à un acupuncteur et la sinusite est guérie, les reins intacts. (Je pense qu'il serait intéressant de développer ce genre de coopération, et d'ailleurs, pourquoi ne pas nous faire une unité de valeur qui pourrait s'intituler: les médecines parallèles ou introduction à l'acupuncture, l'homéopathie, la phytothérapie, etc.)

Et tous repartent un peu moins angoissés, avec un petit papier blanc sur lequel il y a la formule magique qui va tout arranger... pourrait-on croire, je ne le pense pas, et eux non plus, mais pendant un quart d'heure, parfois plus, quelqu'un s'est occupé d'eux, non pas en tant que personne sociale, économique, rentable mais en tant que personne physique avec un corps et un esprit, une individualité propre.

Lors de la visite à domicile de la soirée, c'est la série des gripes, des trachéites, des maux de ventre, des toux... Lorsqu'on arrive le malade est alité, fiévreux, quasi délirant quand on repart, il est debout pour ouvrir la porte... « *On* » est de la bonne médecine... en tout cas un bon remède...

Chez les deux autres médecins, j'ai rencontré un peu moins d'angoisse et peut-être un plus de techniques.

Ils m'ont présenté de la même façon, mais ils demandaient l'autorisation des malades en dehors de ma présence, et il y a eu deux refus, deux femmes qui venaient pour des problèmes de seins.

Le premier, la quarantaine, une impression de sérieux, d'autorité, de calme, c'est le Médecin qu'on écoute et qu'on respecte et qu'il ne serait pas question de mettre en doute. Et pourtant, lui aussi écoute calmement, puis prend sa décision fermement en souriant.

Le premier malade de la matinée est un curé « bien en chair » avec des antécédents de phlébites, une hyperlipidémie et qui vient pour des douleurs épigastriques, médiosternales survenant à l'effort, il a un pouls à 130, une tension à 18/12 et chez qui on découvre un souffle systolique au foyer aortique. Il a donc tout ce qu'il faut pour faire une angine de poitrine et ressort avec une lettre pour le cardiologue, des conseils de vie, une ordonnance de Baronorme, de Lasilix, de Gluconate de K, de Sureptyl, de Lipénan, d'Hémoclar, de Périrate et de Natirose. Malade à surveiller de près...

Puis défilent un sportif qui a mal au genou, un ulcéreux qui a les oreilles bouchées, un œil rouge qui pleure, un problème épineux avec la Sécurité Sociale, une ancienne hépatite virale qui a fait une phlébite dans les suites d'une appendicite et qui est sous Tromexane, etc.

Et puis en dernier (il a fait passer plusieurs personnes devant lui, pour être sûr de pouvoir prendre son temps) entre Monsieur Jules! Une figure locale, 68 ans, pas question de prendre la retraite (« *à cause de ma femme, vous comprenez, je suis plus tranquille à l'usine* »)... goutteux, diabétique, obèse, hypertendu, variqueux, bronchitique... mais tellement heureux de vivre... !

Il arrive avec son petit sac et une douzaine de boîtes de médicaments.

La dernière crise de goutte est terminée « *la Colchicine ça m'a fait du bien, j'en ai pris 6 au lieu de 3, mais alors la courante* ». Et il repartira avec une nouvelle ordonnance fleuve (mais comment faire autrement?) qui l'aidera tant bien que mal à vivre.

Le second médecin, plus jeune, sportif, rapide arrive en courant et repartira de même. Très décontracté, il aborde les malades d'une manière directe, rapide mais efficace.

Avec lui, ce fut la série des angines, sinusites, otites, cystites, abcès et petites blessures...

Puis arriva une femme qui avait de gros problèmes avec la Sécurité Sociale. Victime d'un accident de travail, elle perdit un œil, un doigt et fut brûlée à la main, porteuse d'une polyarthrite chronique évolutive, elle eut de plus une otite avec perforation du tympan, une fracture spontanée d'un métacarpien, et pour couronner le tout, un anus artificiel... et le médecin-conseil de la Sécurité Sociale voudrait qu'elle reprenne son travail en usine...

Une demi-douzaine de demi-journées c'est insuffisant pour pouvoir juger, mais cela suffit pour se rendre compte (si besoin était!) que la médecine de ville est bien loin de la médecine technique de l'hôpital.

Trois médecins, trois styles, trois médecines?

Non, trois façons de vivre les rapports avec les gens, mais même écoute, même respect de ce que vient chercher le malade... quelqu'un.

Après six années de faculté, trois années d'hôpital pour la première fois, j'ai abordé en le vivant, le métier que j'ai choisi!

Ce que j'en ai retiré?

Une angoisse, peut-être un peu moins forte à la veille du premier remplacement : je ne suis pas si ignorant que je le croyais!

Et de toute façon, on s'adresse à un homme, une femme, un enfant, pas à une feuille blanche d'examen...

Michel P...

**Annexe 4**  
**Compte-rendu**  
**de stage par**  
**un médecin**

Mon cher ami,

J'ai eu le plaisir pendant quelques semaines de montrer à Ph. B..., que tu m'annonçais par ta lettre du 30 novembre 1976, ce qu'était la médecine générale praticienne « de contact ».

Comme la plupart des remplaçants néophytes que j'avais eus, la formation aberrante qu'il avait reçue l'avait amené bien loin de cette pratique de première ligne.

Il s'est montré tout d'abord désorienté, comme s'il arrivait, perdu, dans un monde qu'il savait exister, mais qu'il n'imaginait pas sans peine ni sans crainte. J'ai eu le plaisir de voir qu'au fil des jours, il devenait passionné et avide d'en connaître plus, découvrant petit à petit des astuces ou des tours de main qui lui ouvraient des horizons nouveaux.

Je le crois mûr pour faire un bon généraliste et surtout libéré de ses craintes dans le rapport médecin-malade. Mais que de lacunes au sujet de tous ces syndromes qui font le pain quotidien de notre vie de chaque jour! les acroparesthésies, les règles douloureuses, les dyspeptiques, les migraineux et les céphalalgiques, les jambes lourdes, les psychosomatiques... et j'en passe. Très fort sur la clearance glomérulaire et sur les réactions en chaîne de la coagulation, mais ne sachant même pas ce qu'est une pronation douloureuse! Et pourtant il en verra et ce sera sa gloire de les réduire en quelques secondes alors qu'il aura l'air d'un con de les envoyer au rhumatologue ou au chirurgien. Misère! qu'a-t-on fait de nos étudiants!

Pour faire un bon généraliste, il faut être moralement et même physiquement fort. Déniche-moi encore des jeunes talents à qui je pourrai ouvrir les yeux. Je me ferai un plaisir de t'aider...

Docteur Michel C...

**Annexe 5**  
**Projet**  
**de règlement**  
**du stage**  
**auprès**  
**du praticien**

Le stage Interné ou Stage de fin d'études a une durée de un an.

Les stagiaires choisissent un poste sur la liste communiquée par l'Université, selon le classement obtenu par l'ensemble des notes de D.C.E.M.

La loi du 13 juillet 1972 prévoit. «... *Les étudiants en médecine français peuvent être autorisés à effectuer une partie des stages pratiques de fin d'études auprès d'un Docteur en Médecine.* »

Dans ce cadre, et dans un souci d'assurer une formation médicale la plus proche des conditions d'exercice de la Médecine Praticienne l'Université Lyon I autorise un semestre auprès d'un ou plusieurs praticiens et un semestre dans un établissement hospitalier public ou privé.

*Pour le semestre*  
*chez le praticien*

- Le stage a une durée de 6 mois.

Éventuellement, un aménagement en deux périodes de trois mois auprès de Maîtres de Stages différents pourra être autorisé par permutation, ceci après accord des parties intéressées et du Président de l'Université.

- Les stagiaires sont tous titulaires de la licence de remplacement établie par le Conseil de l'Ordre départemental.

- Le stage se déroule en deux phases. une phase passive suivie d'une phase mixte.

*La période*  
*passive*

- Elle dure un minimum de trois semaines avec présence hebdomadaire obligatoire de huit demi-journées.

- Le stagiaire assiste aux consultations et visites du médecin, il ne peut effectuer d'acte, sauf urgence.
  - Il est recommandé d'informer la clientèle de la présence du stagiaire.
  - Cette phase peut se prolonger si le Maître de Stage estime que son stagiaire n'est pas prêt à assumer des responsabilités cliniques et thérapeutiques.
- Il peut être mis fin au contrat liant le stagiaire au Maître de Stage après avis de la Commission du Stage Interné.
  - le Maître de Stage peut demander un autre stagiaire pour la fin de la période restant à courir (ceci ne pouvant se faire en principe que par permutation),
  - le stagiaire sollicitant un autre stage peut l'obtenir, si cela est possible, dans un cabinet médical ou dans tout autre poste restant disponible sur la liste établie en début d'année.

*La période mixte*

Pendant cette phase passive, le stagiaire n'est pas rémunéré.

- Elle s'étend jusqu'à la fin du semestre.
- Elle doit comporter un minimum de huit demi-journées de présence hebdomadaire dont on déduit la journée de remplacement hebdomadaire, la garde de week-end ou de nuit, etc.
- Le stagiaire ne peut remplacer le Maître de Stage qu'en l'absence de ce dernier ou en l'absence d'un des médecins du groupe.
- Le stagiaire peut effectuer un remplacement de plus longue durée après accord avec l'Ordre départemental (pour les congés du médecin, pour maladie, E.P.U., etc.).
- En dehors de ces remplacements, le stagiaire participe à l'activité du cabinet médical: consultation — visite — urgence — E.P.U. — laboratoire, etc.
- Il est recommandé d'établir un contrat de remplacement entre le stagiaire et le Maître de Stage afin d'éviter tout litige.
- Le médecin n'a pas à rémunérer le stagiaire.
- Le minimum légal des revenus du stagiaire est assuré par le biais des remplacements hebdomadaires, gardes, congés, etc.; il doit être de 2500 francs pour les six mois (en pratique, il est nettement assuré).
- La responsabilité civile professionnelle pour le remplacement est en principe incluse dans votre contrat, il faut vous renseigner auprès de votre assurance, et éventuellement, vous le faire confirmer.
- Le stagiaire bénéficie du régime de la Sécurité Sociale (sauf exception) lors de son inscription en 7<sup>e</sup> année.
- Il est recommandé, comme pour tout remplacement, que le stagiaire souscrive une assurance automobile à usage professionnel.
- Enfin de stage, le Directeur de l'U.E.R. communique un document afin de lui transmettre appréciations et notes sur le travail effectué par le stagiaire.

**Annexe 6**  
**Lettre**  
**d'introduction**  
**à un stagiaire**

Université Paris XIII  
U.E.R. expérimentale de médecine de biologie humaine  
Collège de médecine générale  
Mon cher Confrère,  
M . . . . .

actuellement enfin d'études médicales, doit débuter au mois d'octobre, dans notre U.E.R., l'enseignement de troisième cycle spécifique du généraliste. Il doit effectuer auparavant un stage « passif » chez le praticien.  
Ce stage a pour but de le sensibiliser aux problèmes qui se posent à vous de façon courante et concrète, essentiellement à ceux qui sont diagnostiqués et traités habituellement sans recours à l'hospitalisation.  
Vous savez, comme nous, que cette pathologie, qui n'est pas obligatoirement

bénigne, peut difficilement être connue de l'étudiant tant qu'il ne sort pas du cadre étroit du centre hospitalo-universitaire.

Nous lui demandons donc de vivre votre exercice à vos côtés afin de saisir la démarche que vous utilisez pour, en partant de la demande du malade, en cerner les causes et lui conseiller un traitement — au sens large — qui permette de parvenir à un résultat aussi satisfaisant que possible, même et surtout si l'affection en cause cadre mal avec la nosologie classique. Il s'agit là de l'essentiel de notre activité quotidienne.

Nous vous remercions de bien vouloir le prendre un minimum de dix demi-journées, réparties à votre convenance, comme « stagiaire » (\*) et vous prie de croire, mon cher Confrère, à mes meilleurs sentiments.

**Annexe 7**  
**Demande**  
**de compte-**  
**rendu**  
**de stage**

Université Paris XIII

U.E.R. expérimentale de médecine et de biologie humaine Collège de médecine générale

Mon cher Confrère,

Vous avez accepté M . . . . .  
étudiant en . . . . .<sup>e</sup> année de 2<sup>e</sup> cycle de notre U.E.R.,  
comme stagiaire au cours de vos visites et de vos consultations.

1. Considérez-vous cette expérience comme positive. Oui Non

2. Accepterez-vous de prendre durant la prochaine année universitaire un ou plusieurs autres stagiaires dans des conditions analogues. Oui Non

3. Pensez-vous avoir la possibilité d'apprécier les capacités et les carences de votre stagiaire en ce qui concerne l'exercice de la médecine générale (voir note \*). Oui Non

Si oui, pensez-vous :

que leurs connaissances médicales sont :

« trop bonnes »

bonnes

moyennes

médiocres

que leurs aptitudes aux contacts humaines sont :

très bonnes

bonnes

moyennes

médiocres

que leur présentation est

bonne

satisfaisante

médiocre

4. Souhaitez-vous recevoir une documentation plus complète, et des informations régulières sur le troisième cycle de médecine générale de l'U.E.R. de Bobigny. Oui Non.

5. Accepterez-vous de venir participer à des tables rondes, avec des étudiants et des enseignants de l'U.E.R. (généralistes et hospitaliers). Oui Non à raison d'une ou plusieurs séances par année universitaire.

6. Commentaires ou suggestions . . . . .

. . . . .

*\* Stagiaire, ce qui signifie qu'il ne peut avoir aucune responsabilité directe et qu'il ne vous est pas nécessaire d'avoir l'accord de votre Conseil départemental de l'Ordre. Votre assurance en responsabilité professionnelle doit simplement mentionner que vous pouvez vous faire assister de collaborateurs non-médecins. Si toutefois vous le jugez bon, et si votre . . . stagiaire est titulaire de sa licence de remplacement, vous pouvez compléter son stage en lui demandant de vous remplacer, pendant vos gardes par exemple ou votre journée hebdomadaire de liberté; dans ce cas, il vous faut remplir un contrat de remplacement selon les modalités habituelles.*

Je vous remercie de votre collaboration et vous prie de croire, mon cher Confrère, en mes meilleurs sentiments.

Note: Ces appréciations ne constituent pas une note de stage mais nous permettent d'envisager dans quel sens doivent porter les efforts de formation pour chaque étudiant.

**Annexe 8**  
**Questionnaire**  
**aux Maîtres**  
**de Stage**

Pouvez-vous répondre à ce questionnaire, et éventuellement inscrire au verso de cette feuille tout autre commentaire que vous jugerez utile?

Combien de temps le stagiaire M . . . . .  
a-t-il passé chez vous?

. . . . . journées

. . . . . demi-journées

A-t-il assisté.

uniquement aux visites? . . . . .

uniquement aux consultations? . . . . .

aux visites et aux consultations? . . . . .

A-t-il assisté à d'autres activités

(accouchements, assistances opératoires, médecine préventive, F.M.C.).

Lesquelles? . . . . .

Le stagiaire a-t-il seulement

assisté passivement? . . . . .

A-t-il examiné les malades

avant vous? . . . . .

après vous? . . . . .

Avez-vous discuté avec lui du type de conduite à tenir,

en présence du malade? . . . . .

avant la consultation? . . . . .

après la consultation? . . . . .

Croyez-vous avoir appris au stagiaire des gestes et techniques de pratique courante? . . . . .

(otoscopie, prélèvements)? . . . . .

La pratique des formules administratives (feuilles de maladie, A.T.)? . . . . .

A-t-il fait connaissance de l'équipe médico- sociale? . . . . .

(présentation aux pharmaciens, laboratoires, infirmières, ambulances).

La présence du stagiaire s'est-elle révélée

positive a votre égard? . . . . .

Avez-vous eu conscience des inconvénients éventuels de sa présence:

— perte de temps, problèmes avec la famille — problèmes avec la clientèle

Combien de malades ont-ils refusé

la présence du stagiaire? . . . . .

(en pourcentage)? . . . . .

Souhaitez-vous participer à des réunions d'échanges et de réflexion? sur ce

sujet? . . . . .

A la lumière de votre expérience actuelle, souhaitez-vous :  
arrêter? . . . . .  
continuer? . . . . .

1 ou 2 Stagiaires (période différente)? . . . . .  
Envisagez-vous nécessaire ou inutile un  
dédommagement ou une indemnité? . . . . .  
Si oui, sous quelle forme? . . . . .

La reconnaissance officielle de la fonction de  
« maître de stage »? . . . . .

U.E.R. de Tours, 1977

**Notes :**

1. Comité présidé par le professeur Jean Royer et chargé par le Ministre de la Santé et le Secrétaire d'Etat aux Universités de rédiger un projet de réforme des études médicales.

2. Ce rapport a fait l'objet d'une analyse de notre part, parue dans le n° 1418 du « Quotidien du Médecin ». Il est possible de se procurer ce texte au secrétariat de la S.F.M.G.

3. H.R. Holman, professeur à la Faculté de Stanford, Californie: « The excellence deception in Medecine », in Hospital Practice, cité par le Concours Médical, I.M.M., du 26 février 1977.

4. R.D.A., R.F.A., Autriche, Belgique, Danemark, France, Grande-Bretagne, Hongrie, Pays-Bas, Norvège, Yougoslavie. Pour la France, ont participé à ce travail A.M. Reynolds et J. de Butler.

5. Savoir minimum indispensable au généraliste.

6. Ce n'est qu'une application de la sentence suivante de Marc-Aurèle glanée aux U.S.A.: « Dieux me donne la patience de supporter les choses que je ne peux pas changer, la force de changer celles que je peux et la sagesse pour savoir les distinguer les unes des autres » ... ce qui nous ramène au fameux « guérir parfois, soulager toujours ».

7. Optionnel par rapport au tronc commun, mais

obligatoire pour suivre la filière de médecine générale.

8. La licence de remplacement, dont la création a correspondu à une période de pénurie médicale, pourrait être remplacée par une "licence provisoire d'exercice", autorisation assortie d'obligations pédagogiques qui en renouvelleraient la signification et les qualités formatrices. L'interdiction légale de l'assistantat ne trouverait dès lors pas plus de justification qu'en milieu hospitalier.

9. On peut se reporter à l'excellent article de G. Cazac sur ce thème, dans le Concours Médical du 2 octobre 1976.

11. Ce projet est l'actualisation d'un texte rédigé en 1974 par un groupe de généralistes enseignants l'U.E.R. de Bobigny.

12. Voir notamment le compte rendu de la 1<sup>re</sup> session de perfectionnement en pédagogie médicale pour les enseignants de langue française, Dakar, novembre 1974.

13. Voir pages 23, 24 quelques réflexions sur les charges d'enseignement et leur organisation.

*Olivier KANDEL*  
President SFMG



*Pierre FERRU*  
Updating Committee Chairman

**Société Française de Médecine Générale**  
Learned Society

141, avenue de Verdun – 92130 Issy Les Moulineaux  
Tél: + 33 1 41 90 98 20 – Fax: + 33 1 41 90 98 21  
e – mail: [sfmg@sfmg.org](mailto:sfmg@sfmg.org) • <http://www.sfmg.org>

N.G.O. recognize by W.H.O.

---

Representing France in WONCA  
World Organisation of National Colleges,  
Academies and Academic associations of General Practitioners