



**HAL**  
open science

# L'enseignement médical en France : quelle évolution au cours des siècles? Quelle place pour la médecine générale?

Mathilde Rumeur

## ► To cite this version:

Mathilde Rumeur. L'enseignement médical en France : quelle évolution au cours des siècles? Quelle place pour la médecine générale?. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01330159

**HAL Id: dumas-01330159**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01330159>**

Submitted on 10 Jun 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN**

**ANNEE 2016**

**THESE POUR LE  
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'État)

par

RUMEUR Mathilde

NEE le 02/01/1989 à BREST

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 MAI 2016

**L'ENSEIGNEMENT MEDICAL EN FRANCE :  
QUELLE EVOLUTION AU COURS DES SIECLES ?  
QUELLE PLACE POUR LA MEDECINE GENERALE ?**

PRESIDENT DE JURY : Professeur Jean-Loup HERMIL

MEMBRES DU JURY : Professeur Luc-Marie JOLY et Professeur Benoît VEBER

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Gilles BERGER

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016**  
**U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN**

-----

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**  
**Professeur Benoit VEBER**  
**Professeur Pascal JOLY**  
**Professeur Stéphane MARRET**

<b>I - MEDECINE</b>
---------------------

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno <b>BACHY</b> ( <i>surnombre jusque 01/11/15</i> )	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul <b>BESSOU</b>	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise <b>BEURET-BLANQUART</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy <b>BONMARCHAND</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Pierre <b>CZERNICHOW</b>	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mme Danièle <b>DEHESDIN</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>	CB	Cancérologie
Mr Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean <b>DOUCET</b>	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CB	Radiothérapie
Mr Philippe <b>DUCROTTE</b>	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
Mr Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
Mr Pierre <b>FREGER</b>	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel <b>GODIN</b> ( <i>surnombre</i> )	HB	Néphrologie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Philippe <b>GRISE</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Urologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
Mr Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier <b>HANNEQUIN</b>	HCN	Neurologie
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale

Mr Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HB	Rhumatologie
Mr Eric <b>LEREBOURS</b>	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Jean-François <b>MUIR</b>	HB	Pneumologie
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe <b>MUSETTE</b>	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard <b>PROUST</b>	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mr Horace <b>ROMAN</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépto-gastrologie

Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Christian <b>THUILLEZ</b>	HB	Pharmacologie
Mr Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre <b>VANNIER</b>	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB	Rhumatologie
Mr Jacques <b>WEBER</b>	HCN	Physiologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy <b>BELLIEN</b>	HCN	Pharmacologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Physiologie
Mme Sophie <b>CLAEYSSENS</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
Mr Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie

Mr Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste <b>LATOCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas <b>MOUREZ</b>	HCN	Bactériologie
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie

**PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE**

Mme Dominique <b>LANIEZ</b>	UFR	Anglais
Mr Thierry <b>WABLE</b>	UFR	Communication

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS

Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques <b>BONNET</b>	Pharmacologie
Mr Roland <b>CAPRON</b> (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b>	Toxicologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mme Isabelle <b>LEROUX - NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique <b>BOUCHER</b>	Pharmacologie
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mr Eric <b>DITTMAR</b>	Biophysique



Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mr Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla <b>GHARBI</b>	Chimie analytique
Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
Mr Hervé <b>HUE</b>	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia <b>LE GOFF</b>	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Sabine <b>MENAGER</b>	Chimie organique
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mr Jean-François <b>HOUIVET</b>	Pharmacie officinale

#### **PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde <b>GUERIN</b>	Anglais
----------------------------	---------

#### **ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**

Mr Jérémie <b>MARTINET</b>	Immunologie
----------------------------	-------------

#### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

Mr Romy <b>RAZAKANDRAINIBE</b>	Parasitologie
Mr François <b>HALLOUARD</b>	Galénique
Mme Caroline <b>LAUGEL</b>	Chimie organique
Mr Souleymane <b>ABDOUL-AZIZ</b>	Biochimie
Mme Maïté <b>NIEPCERON</b>	Microbiologie

## LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
Mr Roland <b>CAPRON</b>	Biophysique
Mr Jean <b>CHASTANG</b>	Mathématiques
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mr Jean-Jacques <b>BONNET</b>	Pharmacodynamie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie organique
Mme Isabelle <b>LEROUX-NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique



## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### PROFESSEURS

Mr Serguei <b>FETISSOV</b> (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul <b>MULDER</b> (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN</b> (med)	Génie Informatique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil <b>ADRIOUCH</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine <b>CLEREN</b> (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b> (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas <b>GUEROUT</b> (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b> (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric <b>PASQUET</b>	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> (phar)	Biochimie (UMR 1079)

### **CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*

*SJ - Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

## REMERCIEMENTS

A mon Président de jury, Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL,

Merci d'avoir accepté de présider ce jury et de l'intérêt que vous portez à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères et de mon profond respect .

A Messieurs les Professeur Benoît VEBER et Luc-Marie JOLY,

Merci de me faire l'honneur de juger mon travail. Je vous prie d'accepter ma reconnaissance la plus sincère.

A mon Directeur de Thèse, le Docteur Gilles BERGER,

Ce travail n'aurait jamais vu le jour sans ton aide. Je salue tes connaissances médicales, historiques et humaines. J'espère être à la hauteur des savoirs que tu as partagés avec moi. Sois assuré de mon admiration et de mon affection les plus sincères.

## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Docteur Francis LESIRE,

Merci pour votre présence bienveillante. Merci de m'avoir offert la possibilité de me former. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A tous les praticiens médicaux et paramédicaux des Urgences Adultes du centre hospitalier Jacques Monod au Havre,

A Madame la Docteur Agnès DIDIER et Monsieur le Docteur Stéphane LOHIER,

Vous avez fait naître en moi la passion de la médecine générale. Je ne vous en remercierai jamais assez.

A Monsieur le Docteur Philippe FLAHAUT,

Merci d'avoir pris le temps de faire de nous des « chevaux de courses », merci pour votre patience et votre pédagogie, merci pour votre humour. Soyez assuré de tout mon respect.

A tous les praticiens médicaux et paramédicaux des Urgences Pédiatriques du C.H.U. de Rouen,

A Madame la Docteur Thérèse THUEUX et Monsieur le Docteur Jean-Paul THUEUX,

Je ne saurai que trop vous remercier pour tout ce que vous m'avez apporté.

A Madame le Docteur Catherine DERRIEN-SOMON,

A Monsieur le Docteur Philippe LASTENNET,

## REMERCIEMENTS

A mes Parents, pour leur amour et leur soutien,

A Fabien, merci pour ton amour, ta patience, ton soutien, ta confiance,

A mon Frère,

A ma Grand-Mère, qui valide ainsi sa troisième thèse de médecine. Merci d'avoir été toujours là pour moi,

A Sylvaine, pour son affection et sa présence toujours bienveillante,

A ma Mamie et mon Papi, puissiez-vous nous voir aujourd'hui,

A Anna et Benjamin, merci pour tout, et pour tout le reste,

A Cécile et Laurianne, puissions nous continuer de cheminer ensemble,

A Margaux et Lauren, merci d'être toujours là, après toutes ces années,

A Madame Coum,

A Lily,



Je dédie ce travail à ma maman et à mon papa,  
ainsi qu'à mon Maître et Ami, Dr Gilles BERGER.

## ABREVIATIONS

A.C.M.T. : Advisory Committee on Medical Training

C.E.S. : Certificat d'Études Spécialisées

C.H.U. : Centre Hospitalo-Universitaire

C.N.G.E. : Collège National des Généralistes Enseignants

C.S.C.T. : Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique

D.C.E.M. : Deuxième Cycle des Études Médicales

D.E.S. : Diplôme d'Études Spécialisées

D.E.S.C. : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire

D.F.A.S.M. : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

D.F.G.S.M. : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales

D.U.M.G. : Département Universitaire de Médecine Générale

E.C.N. : Examens Classants Nationaux

E.U.R.A.C.T : European Academy of Teachers in General Practice / Family Medicine

I.N.S.E.R.M. : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

L.M.D. : Licence.Master.Doctorat

N.H.S. : National Health Service

P.A.C.E.S. : Première Année Commune aux Études de Santé

P.C.E.M. : Premier Cycle des Études de Médecine

P.C.B. : Physique Chimie Biologie

P.C.N. : Physique Chimie Sciences Naturelles

P.M.I. : Protection Maternelle et Infantile

S.A.S.P.A.S. : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

S.F.M.G. : Société Française de Médecine Générale

S.I.D.E.S. : Système Informatique Distribué d'Évaluation en Santé

S.F.T.G. : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

S.U.D.O.C. : Service Universitaire de Documentation

T.C.E.M. : Troisième Cycle des Études Médicales

U.E.M.O. : Union Européenne des Médecins Omnipraticiens

U.F.R. : Unité de Formation et de Recherche

W.O.N.C.A. : World Organization of National Colleges and Academies of General Practice  
/ Family Medicine

# **L'ENSEIGNEMENT MEDICAL EN FRANCE QUELLE EVOLUTION AU COURS DES SIECLES ? QUELLE PLACE POUR LA MEDECINE GENERALE ?**

**INTRODUCTION** ..... p.09

**MATERIEL ET METHODE** ..... p.11

**PRÉAMBULE : QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES** ..... p.13

- 1. La naissance de la France de -400 000 à +476** ..... p.13
- 2. Le Moyen-Age, La Renaissance et la Révolution** ..... p.13
- 3. La période moderne** ..... p.15

**RESULTATS : PREMIERE PARTIE** ..... p.17  
**EVOLUTION DE L'ENSEIGNEMENT**

- 1. La naissance de la formation médicale** ..... p.17
  - 1.1. Préhistoire et Mésopotamie ..... p.17
    - 1.1.1. L'ébauche préhistorique (-2,9 millions d'années à -3500 avt JC) ..... p.17
    - 1.1.2. Un début de sens clinique en Mésopotamie ..... p.17
      - 1.1.2.1. *Une médecine à deux visages* ..... p.17
      - 1.1.2.2. *La formation se fait à l'école des scribes* ..... p.18
  - 1.2. En Gaule ..... p.18
  - 1.3. En Égypte, déjà dix ans d'études ..... p.18
  - 1.4. La naissance de la clinique dans la Grèce Antique ..... p.20
    - 1.4.1. La tradition des Asclépiades rencontre une médecine laïque ..... p.20

1.4.2. La création d'écoles dédiées à la science médicale .....	p.21
1.4.2.1. <i>L'école de Cnide est empirique</i> .....	p.21
1.4.2.2. <i>L'école de Cos, le berceau d'Hippocrate</i> .....	p.21
1.4.3. Après Hippocrate, l'hétérogénéité à nouveau .....	p.23
1.4.3.1. <i>Le Lycée , l'Académie, de nouveaux centres d'enseignement</i> .....	p.23
1.4.3.2. <i>En Égypte, les Grecs retrouvent la pensée hippocratique</i> .....	p.23
1.4.3.3. <i>Apparaît ensuite la « secte logique » des dogmatiques</i> .....	p.24
1.4.3.4. <i>En réponse aux dogmatiques, le pragmatisme des empiriques</i> .....	p.24
1.4.4. Le compagnonnage .....	p.24
1.5. Galien Le Romain succède à Hippocrate .....	p.25
1.5.1. La médecine romaine : une médecine importée .....	p.25
1.5.2. Claude Galien, le nouveau père de la médecine .....	p.25
1.5.3. Différentes voies de formation .....	p.26
1.5.4. L'apparition des hôpitaux civils et militaires .....	p.26
1.6. L'empire byzantin, le christianisme et l'enseignement hospitalier .....	p.26
1.6.1. Le christianisme influence la médecine byzantine .....	p.26
1.6.2. L'enseignement organisé d'une médecine religieuse .....	p.27
1.7. Les richesses de la médecine arabe médiévale .....	p.28
1.7.1. La médecine arabe : de nombreux apports .....	p.28
1.7.2. Des étudiants à l'hôpital .....	p.29
CONCLUSION .....	p.29

## **2.La jeune université freinée par une science médicale figée** p.30

2.1. Salerne, Paris, Montpellier : les débuts de l'université .....	p.30
2.1.1. L'école de Salerne initiatrice du mouvement .....	p.30
2.1.2. Paris : l'élève modèle .....	p.31
2.1.3. Montpellier la rebelle .....	p.33
2.2. La formation médicale universitaire .....	p.34
2.2.1. Un contenu antique .....	p.34
2.2.2. La méthode scolastique .....	p.35
2.2.3. L'apparition tardive de l'enseignement clinique .....	p.35
2.2.4. La validation des connaissances .....	p.36

2.2.4.1. <i>Le Baccalauréat</i> .....	p.36
2.2.4.2. <i>La Licence</i> .....	p.37
2.2.4.3. <i>Le Doctorat</i> .....	p.38
2.2.5. La population étudiante .....	p.38
2.2.5.1. <i>Les origines sociales</i> .....	p.38
2.2.5.2. <i>Les effectifs</i> .....	p.39
2.2.5.3. <i>Le mode de vie</i> .....	p.39
2.2.6. Quelques mots de chirurgie .....	p.40
2.2.6.1. <i>Le Collège de Saint-Come et l'unification des chirurgiens</i> .....	p.40
2.2.6.2. <i>L'apprenti chirurgien</i> .....	p.42
2.3. L'autoritarisme de l'Église .....	p.43
2.3.1. Dès les premières lettres .....	p.43
2.3.2. Une liberté relative pour les Universités .....	p.43
2.3.2.1. <i>La Licentia Docendi</i> .....	p.44
2.3.2.2. <i>La censure littéraire</i> .....	p.44
2.3.2.3. <i>La crise des « Mendians »</i> .....	p.44
2.4. Collèges et Académies : le déclin du mouvement universitaire .....	p.45
2.4.1. Création de centres d'enseignement supérieur parallèles .....	p.45
2.4.2. L'Édit de Marly structure la formation .....	p.45
2.5. Les évolutions de l'institution hospitalière .....	p.46
2.5.1. De l'hôpital comme lieu d'accueil .....	p.46
2.5.1.1. <i>Du VIe au XIe siècle : le devoir d'assistance</i> .....	p.46
2.5.1.2. <i>XIIe à la fin du XVIe siècle: les léproseries et les Ordres Hospitaliers</i> ...	p.47
2.5.2. Puis comme lieu de soins .....	p.47
2.5.3. Puis comme lieu de formation .....	p.48
2.5.3.1. <i>La formation hospitalière pour les chirurgiens</i> .....	p.48
2.5.3.2. <i>Mais pas encore pour les médecins</i> .....	p.48
CONCLUSION .....	p.49

### **3. De la Révolution au XIXe siècle : la clinique « structurée »** p.50

3.1. Le Siècle des Lumières prépare le terrain .....	p.50
3.2. 1789-1799 : Dix ans de révolution .....	p.50

3.2.1. La refonte du système universitaire .....	p.50
3.2.2. On réinvente la formation médicale .....	p.51
3.2.2.1. <i>Félix VICQ D'AZYR</i> .....	p.51
3.2.2.2. <i>L'avènement des Écoles de Santé</i> .....	p.51
3.2.3. La laïcisation des hôpitaux .....	p.52
3.3. De 1799 à 1892 : vers la médecine moderne .....	p.53
3.3.1. La réorganisation de l'enseignement .....	p.53
3.3.2. La formation universitaire .....	p.54
3.3.2.1. <i>Le programme</i> .....	p.54
3.3.2.2. <i>Les diplômes et grades</i> .....	p.55
3.3.2.3. <i>Les professeurs</i> .....	p.55
3.3.2.4. <i>« L'enseignement libre »</i> .....	p.56
3.3.3. L'offre de formation hospitalière .....	p.57
3.3.3.1. <i>La place de la clinique et de l'enseignement hospitalo-universitaire</i> .....	p.57
3.3.3.2. <i>Des hospitaliers enseignent à la faculté</i> .....	p.57
3.3.3.3. <i>Création de l'internat et de l'externat</i> .....	p.58
3.3.4. Une autre pratique du soin .....	p.59
3.3.4.1. <i>Les « petites écoles de santé »</i> .....	p.59
3.3.4.2. <i>Les officiers de santé</i> .....	p.60
CONCLUSION .....	p.61

<b>4. L'époque moderne</b> .....	p.62
4.1. Evolution de la structure hospitalière .....	p.62
4.1.1. La Charte Hospitalière de 1940 .....	p.62
4.1.2. La création des Centres Hospitaliers Universitaires en 1958 .....	p.62
4.2. Un enseignement scientifique cadré .....	p.63
4.2.1. La première année des études de médecine .....	p.63
4.2.2. L'organisation du tronc commun .....	p.64
4.2.2.1. <i>La formation clinique via les stages hospitaliers</i> .....	p.64
4.2.2.2. <i>Suite et fin de l'externat</i> .....	p.64
4.2.2.3. <i>Le statut d'étudiant hospitalier</i> .....	p.65
4.2.2.4. <i>Les conséquences du L.M.D</i> .....	p.66
4.2.3. Le troisième cycle et la spécialisation médicale .....	p.67
4.2.3.1. <i>L'internat et la carrière hospitalière</i> .....	p.67

4.2.3.2. <i>Les C.E.S.</i> .....	p.67
4.2.3.3. <i>Vers une fusion des formations</i> .....	p.67
4.2.3.4. <i>Les Examens Classants nationaux</i> .....	p.68
4.2.4. Les chargés d'enseignement .....	p.69
CONCLUSION .....	p.69

<b>RESULTATS :DEUXIÈME PARTIE</b> ..... p.70 <b>EVOLUTION DE LA FORMATION DU GÉNÉRALISTE</b>
---

<b>1. De la création de l'internat en 1802</b> .....	p.70
1.1. Un peu avant déjà .....	p.70
1.1.1. Un concept très ancien .....	p.70
1.1.2. Avec un raisonnement simplifié .....	p.70
1. 2. Le 23 février 1802 et après .....	p.71
1.2.1. Une formation « de second ordre » .....	p.71
1.2.2. Un « choix » peu reconnu .....	p.71
1.2.3. A ne pas confondre avec les officiers de santé .....	p.72
<b>2. ... à la période d'après Guerres</b> .....	p.72
2.1. Le cheminement européen .....	p.72
2.2. Le cheminement français .....	p.72
2.2.1. La révolte gronde .....	p.72
2.2.2. Un troisième cycle dédié à la médecine générale .....	p.73
<b>3. Les bouleversements des années 80' et 90'</b> .....	p.74
3.1. Les mœurs et la législation .....	p.74
3.1.1. Le mouvement européen .....	p.74
3.1.2. Petit à petit .....	p.76
3.1.2.1. <i>La commission LACHAUX : bilan plutôt négatif</i> .....	p.76
3.1.2.2. <i>De nouvelles réflexions</i> .....	p.76
3.1.2.3. <i>La réforme de 1984</i> .....	p.77
3.2. Le résidanat de médecine générale .....	p.77

3.2.1. La formation théorique .....	p.77
3.2.2. La formation pratique .....	p.78
3.2.2.1. <i>Toujours à l'hôpital</i> .....	p.78
3.2.2.2. <i>MAIS apparaît le stage chez le praticien</i> .....	p.78
3.2.3. La validation du diplôme .....	p.79

## **4. Ceux qui enseignent** .....

4.1. Les origines du mouvement : pour une spécialité à part entière .....	p.80
4.1.1. Former les enseignants .....	p.80
4.1.1.1. <i>Au niveau européen</i> .....	p.80
4.1.1.2. <i>En France</i> .....	p.80
4.1.2. Structurer un enseignement .....	p.81
4.1.2.1. <i>Un contenu</i> .....	p.81
4.1.2.2. <i>Une méthode</i> .....	p.81
4.2. Une réorganisation universitaire indispensable .....	p.82
4.2.1. Le cadre institutionnel du résidanat .....	p.82
4.2.2. Les départements de médecine générale .....	p.82

## **5. Les années 2000** .....

5.1. L'interne de médecine générale .....	p.83
5.2. Le stage chez le praticien .....	p.84

CONCLUSION .....	p.85
------------------	------

<b>SYNTHÈSE DES RÉSULTATS</b> .....	p.86
-------------------------------------	------

## **1. Les Études de médecine** .....

1.1. Des examens tout au long du parcours .....	p.86
1.1.1. Le recrutement à l'entrée .....	p.86
1.1.2. Les examens jalonnant le parcours .....	p.86
1.1.3. Des modes d'enseignement et des enseignants .....	p.87



1.1.4. A l'échelle européenne .....	p.87
1.2. La durée du tronc commun .....	p.88
1.3. Le contenu des études en constante évolution .....	p.88
1.3.1. Les théories médicales .....	p.88
1.3.2. La place de la clinique .....	p.89
1.4. Les établissements de formation .....	p.89
1.4.1. L'organisation universitaire .....	p.89
1.4.2. L'ouverture de l'hôpital .....	p.89
1.5. La population étudiante .....	p.90

<b>2. Le parcours de la médecine générale .....</b>	<b>p.90</b>
---	-------------

<b>DISCUSSION .....</b>	<b>p.91</b>
-------------------------	-------------

<b>1. Les limites de ce travail .....</b>	<b>p.91</b>
---	-------------

1.1. Les biais d'une démarche historique .....	p.91
--	------

1.2. Un recrutement non exhaustif .....	p.92
---	------

<b>2. La formation pratique .....</b>	<b>p.92</b>
---------------------------------------	-------------

2.1. Durant le tronc commun .....	p.92
-----------------------------------	------

2.2. En DES de médecine générale .....	p.93
--	------

<b>3. La médecine générale .....</b>	<b>p.93</b>
--------------------------------------	-------------

3.1. La recherche en soins primaires .....	p.93
--	------

3.2. Quel modèle de formation idéale ? .....	p.95
--	------

3.3. L'ouverture sur la ville .....	p.96
-------------------------------------	------

3.3.1. Le rôle du maître de stage .....	p.96
---	------

3.3.1.1. <i>Le compagnonnage</i> .....	p.96
--	------

3.3.1.2. <i>Les retours sur les stages en ville</i> .....	p.96
---	------

3.3.1.3. <i>Un contrat implicite</i> .....	p.97
--	------

3.3.2. Une formation spécifique par de nombreux aspects .....	p.97
3.3.3. Un intérêt pour les autres spécialités ? .....	p.98
3.4. La représentativité de la spécialité .....	p.98
3.4.1. Quelle image ? .....	p.98
3.4.2. Pour une intégration précoce dans le cursus .....	p.98

<b>4. Ouvertures</b> .....	p.99
----------------------------	------

<b>CONCLUSION</b> .....	p.100
-------------------------	-------

<b>ANNEXES</b> .....	p.102
----------------------	-------

ANNEXE 1 : Les avancées liées à l'imprimerie .....	p.102
--	-------

ANNEXE 2 : Définition de la médecine générale d'après WONCA .....	p.103
---	-------

<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	p.105
----------------------------	-------

<b>RESUME ET MOTS CLES</b> .....	p.116
----------------------------------	-------

## INTRODUCTION

*« On ne connaît bien une science que lorsqu'on en connaît son histoire. »*

Ainsi s'exprima Auguste COMTE (1798;1857)<sup>1</sup> dans son introduction au « Cours de Philosophie positive ».

*« La question de l'éducation, le modèle sur lequel la jeunesse est élevée ainsi que la compréhension des méthodes éducatives, conduit en profondeur dans l'être d'un peuple »*<sup>2</sup>

Hellmut BRUNNER (1913-1997), Égyptologue

Sont alors posées les bases de la problématique.

Dans un chapitre entier de l'histoire de la médecine, nous nous sommes ici intéressés à l'enseignement de cette science.

La question soulevée est : comment s'est constitué le modèle de formation actuellement en vigueur ?

Dans les ouvrages traitant de l'histoire de la médecine, les informations portant sur l'enseignement de la médecine sont peu nombreuses, égrenées au fil des documents. On retrouve un ouvrage traitant cette question, « Le Savoir Vagabond » de Patrick BERCHE (2013)<sup>3</sup>.

La médecine générale, reconnue officiellement comme spécialité depuis 2004, est maintenant une formation universitaire à part entière. Quelles furent les étapes menant à notre situation actuelle?

Le propos est ici de faire une synthèse de l'évolution de cet enseignement, en intégrant le cursus si particulier de la médecine générale.

Comme le soulignent Auguste COMTE et Hellmut BRUNNER, il est important de savoir d'où l'on vient, ce qui a été fait, pour comprendre la situation actuelle et envisager l'avenir.

Dans une première partie, nous verrons les étapes allant du compagnonnage grec au modèle universitaire du XIIIe siècle, dispensant un enseignement issu de l'Antiquité. L'internat napoléonien crée le distinguo entre les praticiens spécialistes hospitaliers et les omnipraticiens. Parallèlement se développent la clinique et la science médicale. Ceci mènera à la création des centres hospitalo-universitaires en 1958 et au développement d'un enseignement majoritairement hospitalier, toujours en vigueur.

Dans une seconde partie, place sera faite à la formation des médecins généralistes. Peu considérée sous Napoléon, la médecine générale se verra rehaussée dans la période d'après Guerres, avec une formation universitaire débutante à partir de 1982 puis la reconnaissance de la spécialité de médecine générale en 2004.

Nous pourrions conclure que l'enseignement a évolué dans son fond mais peu dans sa forme. Il s'est adapté aux découvertes scientifiques, pour former les médecins les plus compétents possibles. Il est également soumis aux contraintes démographiques et socio-économiques.

Une des particularités de la médecine générale réside dans un mode d'exercice éloigné des pratiques hospitalières. Ceci nécessite un nouveau regard sur la médecine, un pôle de recherches dédié aux soins primaires. La pédagogie et le mode d'évaluation se distinguent par une approche très clinique, ciblée à la prise en charge du patient dans sa globalité.

La médecine générale, finalement difficile à définir<sup>4</sup>, doit répondre à une formation à la complexité.

*« Un enseignement qui n'enseigne pas à poser des questions est mauvais »*  
Paul VALÉRY (1871 ;1945)<sup>1</sup>

*« La connaissance s'acquiert par l'expérience, tout le reste n'est que de l'information »*  
Albert EINSTEIN (1879;1955)<sup>1</sup>

## **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Pour répondre à la question posée nous avons réalisé une étude historique, rétrospective, descriptive, bibliographique.

### MATÉRIEL :

Les informations sont issues de :

- Condensés d'histoire de la médecine, retrouvés dans « Bibliographie »
- Le Système Universitaire de Documentation (S.U.D.O.C.)
- La Bibliothèque Nationale de France
- Le site du service public de la diffusion du droit par internet LEGIFRANCE.

Pour chacun des articles cités, il a été vérifié qu'ils contenaient au moins trois autres sources vérifiables et que leurs espaces de publication étaient porteurs d'une certaine notoriété.

### MÉTHODE :

Elle s'est construite de la façon suivante :

- Acquisition de repères de l'Histoire de France<sup>5</sup> puis de repères de l'Histoire de la Médecine Occidentale, d'après l'ouvrage de Robert DACHEZ<sup>6</sup>.
- Recueil de données portant sur l'enseignement médical en fonction de ces périodes pré-définies.
- Pour la partie propre à la médecine générale, la recherche initiale est partie du Collège National des Généralistes Enseignants (C.N.G.E.) et des travaux de thèse référencés dans le S.U.D.O.C.

Les historiens méthodistes LANGLOIS (1863;1929)<sup>1</sup> et SEIGNOBOS (1854;1942)<sup>1</sup>, professeurs à la Sorbonne, ont proposé en 1898 une « Introduction aux études

historiques »<sup>7</sup> qui pose les bases d'une recherche historique bien menée. La légitimité donnée à un texte historique est aujourd'hui encore établie d'après leur protocole. Ils ont été salués pour avoir donné à l'Histoire une rigueur scientifique.

Pour disposer de données fiables, nous avons suivi leur méthode qui implique de réaliser, pour chaque document proposé :

- Une **critique externe** : d'où vient le document, l'époque décrite est-elle contemporaine à l'auteur ? Était-il témoin ? Le texte a-t-il été rédigé à distance de l'événement ?
- Une **critique interne** : portant sur le contenu propre du document. Est-il concordant avec les autres documents portant sur le même sujet ? Quelles étaient les véritables motivations à la rédaction de ce document ?
- Une **critique de restitution** : Le document est-il un original ? Une copie ? Un faux ? Où et quand a-t-il été rédigé ? Qui l'a écrit et à qui était-il destiné ?
- Une **critique de provenance** : Replaçant le texte dans son contexte historique.

La troisième partie de leur ouvrage, la « Partie synthétique » s'intéresse à l'organisation du rapport de recherches historiques. Un de leur présupposé suivi ici est que :

*« Plusieurs faits qui, pris isolément, ne sont qu'imparfaitement prouvés, peuvent se confirmer les uns les autres de façon à donner une certitude d'ensemble. »<sup>7</sup>*

Les « témoignages volontaires », à savoir les textes de lois, les relevés d'impôts, les registres de faculté, sont de niveau de preuve supérieure car dépourvus de volonté historique au moment de leur conception.

## **PRÉAMBULE : QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES** <sup>5</sup>

Afin d'intégrer l'enseignement de la médecine dans son contexte historique suivent certains repères de l'histoire de France.

### **1. La naissance de la France de -400 000 à +476 :**

C'est à Tautavel près de Perpignan que l'on retrouve le premier homme du territoire français, daté de -400 000 ans avant Jésus Christ. La période pré-historique est habitée par l'homme de Neandertal puis l'homme de Cro-Magnon, notre ancêtre direct.

Entre -800 et +476, date de la chute de l'Empire romain, se succèdent en Gaule des vagues d'invasion barbares. Puis vient l'essor du christianisme et son l'Église, marquant l'entrée dans le Moyen Age. Cette période antique voit l'expansion en France et en Europe de la culture greco-romaine et de sa médecine.

### **2. Le Moyen-Age, la Renaissance et la Révolution:**

Le Moyen Age est daté de 476 au XVe siècle.

Viennent d'abord les Mérovingiens. Citons le Roi Clovis (465-511)<sup>1</sup> dont les conquêtes territoriales, au prix de nombreux assassinats, vont bâtir le squelette primitif d'une France devenant chrétienne à la conversion de son Roi le 25 décembre 496.

Pour les Carolingiens, nommons Charles 1er, fils de Pépin Le Bref (v.715 ;768)<sup>1</sup>, plus tard appelé Charlemagne (avril 742 ;814)<sup>1</sup>. On retiendra de lui la création de l'enseignement par un capitulaire de 789, l'organisation du clergé, l'unification du système monétaire autour du denier d'argent, qui persista près de mille ans.

Son décès marquera l'éclatement de l'empire carolingien. De sa succession retenons l'instauration d'un alphabet et d'une écriture unique lors du traité de Strasbourg en 842, plaçant le français comme langue officielle, ainsi que le traité de Verdun de 843, signant la

division de l'empire en trois parties. La *Francia Occidentalis* de Charles II le Chauve (823;877)<sup>1</sup> représente l'ancêtre de notre France actuelle.

La dynastie des Capétiens est marquée par la période des Croisades, début daté de 1095. Un nom ressort particulièrement, Louis IX dit Saint-Louis (1214 ou 1215;1270)<sup>1</sup>, petit fils de Philippe II Auguste et grand père de Philippe IV le Bel. Outre son intégrisme religieux, (croisades, massacres des Juifs, fuite des Lombards...) il attribua 10 % du budget pour les pauvres et malades, écrivit les lois sur les Universités, permit la création d'hôpitaux, structura l'administration et le système judiciaire.

Quant aux Valois (1328; XVe siècle), leur dynastie sera marquée par les épidémies de peste, notamment celle de 1348 ayant ravagée l'Europe.

Faute d'héritier direct, le trône échut à François Ier (1494;1547)<sup>1</sup>. On retient l'ordonnance de Villers-Cotterêts en août 1539 permettant le remplacement du latin par le français dans les actes officiels et de justice, ainsi que l'obligation du clergé de tenir un registre des décès et naissance. Ce sont les débuts de l'état civil.

Ses successeurs s'engluèrent dans des luttes intestines de pouvoir, mêlées de conflits religieux avec pas moins de neuf guerres et massacres de religion dont la médiatique Saint-Barthélémy du 24 août 1572.

Pendant cette période sanglante, la chirurgie et l'anatomie connaîtront leur plus rapide développement grâce à d'illustres personnages tel Ambroise PARÉ, VÉSALE...

Les guerres de religion prirent un nouveau tournant avec la naissance du protestantisme, incarné par Martin LUTHER (1483;1546)<sup>1</sup> et Jean CALVIN (1509;1564)<sup>1</sup>. Henri IV (1553;1610)<sup>1</sup> signa son règne par des réformes conséquentes, dont l'Édit de Nantes en 1598, véritable traité de tolérance envers les protestants.

En 1789, la France est un pays particulièrement inégalitaire, divisée entre la noblesse, le clergé et le Tiers État. Pas à pas, survinrent la destruction du système royaliste puis le développement des droits de l'homme avec la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen en août 1789, la réorganisation du système administratif et le rejet de l'Église.



### 3. La Période moderne :

Après la Terreur (1792;1794)<sup>1</sup>, la France est ruinée, instable . Napoléon BONAPARTE (1769;1821)<sup>1</sup> part en campagne : Italie, Égypte... Tous ses succès le mèneront à prendre la direction du pays en temps que Premier Consul, puis en tant qu'Empereur le 2 décembre 1804.

Adieu les acquis de la Révolution sur « le droit des peuples à se gouverner par eux-mêmes ». Il réforma le système scolaire et institua le Code Civil.

La France connut un nouveau retour à la Monarchie à travers Louis XVIII (1755;1824)<sup>1</sup> puis son frère Charles X (1757 ; 1836)<sup>1</sup>. Mais le peuple se révolta, se battant pour ses droits. C'est une période trouble et difficile, misérable pour le peuple, où s'opposent sur le plan politique les royalistes, les républicains et les bonapartistes.

En février 1848 naquit la Seconde République qui dura quatre ans et se termina par le coup d'État de Louis-Napoléon BONAPARTE (1808 ;1873)<sup>1</sup>, proclamé Napoléon III le 2 décembre 1852. Celui ci sera mis en échec à la fin de son règne par la Prusse incarnée par Otto von BISMARCK (1815;1898)<sup>1</sup> en 1870, lors de la bataille de Sedan, où la France perdra l'Alsace et la partie minière de la Lorraine.

De 1870 à 1940 s'installa la IIIe République, période d'industrialisation et de montée de l'antisémitisme. C'est également la période du romantisme avec des figures telles que Victor HUGO (1802;1885)<sup>1</sup>, de l'impressionnisme avec Jean MONET (1838;1926)<sup>1</sup>, du colonialisme.

C'est le début de l'essor de la médecine : LAENNEC (1781;1826)<sup>1</sup> et le stéthoscope en 1815, apparition des rayons X par BECQUEREL (1852;1908)<sup>1</sup> et de la radioactivité par le couple Pierre (1859;1906)<sup>1</sup> et Marie (1867;1934)<sup>1</sup> CURIE, DARWIN (1809;1882)<sup>1</sup> et la théorie de l'Évolution. PASTEUR (1822;1895)<sup>1</sup> découvre le vaccin contre la rage. La révolution médicale est en route.

Marqué par la Première puis la Seconde Guerre Mondiale, et leurs contenus dramatiques bien connus, puis la Guerre froide, le XXe siècle est aussi un siècle de progrès : découvertes scientifiques, conquête de l'espace, multiples avancées technologiques.

De manière plus positive c'est aussi le développement des droits marqué par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme en 1948.

FLEMING (1881;1955)<sup>1</sup> découvre la pénicilline en 1928. L'imagerie médicale se dessine avec la première échographie en 1958, le premier scanner en 1972 et l'IRM en 1973. La thérapie génique voit le jour. La psychiatrie se développe grâce à la théorie psychanalytique de FREUD (1856;1939)<sup>1</sup>.

Toutes ces découvertes amènent à une médecine rationnelle et scientifique : l'*Evidence Based Medecine* : la médecine basée sur les preuves.

*« Il va falloir choisir, dans un avenir plus ou moins proche, entre le suicide collectif ou l'utilisation intelligente des conquêtes scientifiques. »*

Albert CAMUS (1913;1960)<sup>1</sup>

# RESULTATS : PREMIERE PARTIE : EVOLUTION DE L'ENSEIGNEMENT

## 1. La Naissance de la formation médicale :

### 1.1. Préhistoire et Mésopotamie:

#### 1.1.1. L'ébauche préhistorique (-2,9 millions d'années ; -3500 ans avt J-C) <sup>6</sup>:

Des fouilles archéologiques ont mis en évidence quelques actes de soins chirurgicaux tels que la trépanation, les amputations, la réduction de fracture. L'absence de documents écrits ne permet aucune affirmation. On ne peut également que supposer l'usage des plantes et l'existence d'une quelconque pharmacopée.

L'étude de cette médecine est apparue tardivement, au XIXe siècle, sous l'égide de Pierre Paul BROCA (1824-1880)<sup>8</sup>. Elle est fondée sur les reliques osseuses et sur les outils fossilisés découverts durant les fouilles.

#### 1.1.2. Une ébauche de sens clinique en Mésopotamie<sup>9 10</sup> :

##### 1.1.2.1. *Une médecine à deux visages* : (-3500 à -331 ans avt JC)

La médecine mésopotamienne se conçoit comme le soin apporté à deux parties distinctes de l'individu, l'âme et le corps physique. La maladie serait causée par une offense faite à une divinité.

L'*asu* est le technicien, celui qui répare les blessures « visibles », à la différence de l'*asipu* qui a un rôle plus spirituel, en temps que prêtre, exorciste, exerçant dans les temples. Le *gallabu* est l'ancêtre du barbier chirurgien et était déconsidéré par les autres praticiens.

D'après les tablettes de la bibliothèque d'Assurbanipal<sup>9</sup> (-668;-630), les connaissances cliniques se limitaient à la description de symptômes sans lien entre eux avec cependant une réelle approche clinique passant par la prise du pouls, la surveillance des urines, l'identification de la fièvre. L' « hépatoscopie » était une pratique très répandue.

### 1.1.2.2. *La formation se fait à l'école des scribes :*

La formation des médecins débutait à l'école des scribes, située dans les temples. Seuls les hommes issus de la noblesse, la royauté et la haute bourgeoisie pouvaient prétendre à la formation de scribe.

Le cursus se déroulait en deux temps : le « tronc commun », dit élémentaire, regroupait l'apprentissage du sumérien et de son écriture sur les tablettes d'argiles. Puis venait la « spécialisation », l'apprentissage des sciences telles que les mathématiques, l'astronomie ou la médecine.

## 1.2. En Gaule<sup>11</sup>:

La plupart des informations existantes sont issues des écrits de Jules CÉSAR (100 ou -101 ; -44 avt JC)<sup>1</sup> lors de ses conquêtes, ou de Pline l'Ancien (23;79)<sup>1</sup>. Dans la partie Celte, au Nord-Ouest de la Gaule, les druides, guérisseurs, prêtres et devins faisaient office de soignants. Cette institution aurait disparu suite aux persécutions impériales puis la montée du christianisme, leur donnant un rôle de mage païen, dangereux. Mais finalement, en Bretagne, on les retrouve encore aujourd'hui dans les croyances populaires.

La médecine décrite dans la partie sud de la Gaule est d'origine gréco-romaine. On retrouve à Metz des épitaphes évoquant des médecins et des professeurs, supposant l'existence d'un centre d'enseignement. Pline l'Ancien et Galien évoquent une école de médecine à Marseille.

Les fondations de l'enseignement médical se trouvent en Égypte, en Grèce, à travers l'empire romain, l'empire byzantin et le monde arabe médiéval.

## 1.3. En Égypte, déjà dix ans d'études (-3300 jusqu'en + 395): <sup>2</sup> <sup>12</sup>

La pensée médicale égyptienne est sensiblement similaire à celle de la Mésopotamie antique, soit un abord sous deux aspects, le corps et l'esprit, avec un rôle déterminant du religieux. On retrouve l'existence de cette médecine dans le papyrus de SMITH<sup>13</sup> ainsi que le papyrus d'EBERS<sup>14</sup>.

Pour devenir médecin, comme pour toute autre formation intellectuelle, il fallait initialement effectuer la formation de scribe, « celui qui sait lire et écrire ». Seuls les nobles avaient accès à l'enseignement supérieur car eux seuls avaient besoin de connaissances en gestion, écriture et tâches administratives.

Cependant il est également dit :

*« Ne fais pas de différence entre un noble et un roturier. Recours à un homme en fonction de son activité. Tous les métiers sont faits... du maître de force »*<sup>15</sup>

Cet enseignement va s'ouvrir aux enfants d'origine plus modeste au fil des ans.

A titre anecdotique<sup>2</sup>, notons que l'accès à la formation pouvait relever d'une pratique plus étonnante : si un enfant était né le même jour que le prince héritier il pouvait prétendre à cette formation. Cela était car, selon la tradition égyptienne, le jour de cette naissance dépendait de la volonté divine, la proximité avec la naissance de l'héritier donnait légitimité à un enseignement supérieur.

Il existait déjà des spécialités médicales type ophtalmologie, gastro-entérologie, comme nous le décrit HÉRODOTE (1er siècle)<sup>8</sup>:

*« En Égypte chaque médecin ne soigne qu'une maladie. Aussi sont-ils légion, il y en a pour les yeux, d'autres pour la tête, les dents, le ventre et même les maladies non localisées »*<sup>16</sup>

Il existait aussi des médecins généralistes appelés *sounou*.

L'enseignement avait lieu dans le « Kap », l'école du palais royal, dès l'âge de trois ans. Cette institution prestigieuse persista durant six siècles, située dans la ville de résidence du pouvoir. S'y mêlaient l'apprentissage de l'écriture et de la lecture à une discipline de fer et des préceptes de bonnes mœurs.

*« Ne passe pas un jour dans l'oisiveté, sinon on t'administrera une correction. Car les oreilles du jeune garçon sont sur son dos, et il écoute quand on le frappe ».*<sup>17</sup>

Plus tardivement vont se développer les « Maisons de Vie », centres de formation rattachés aux temples, donnant accès à une formation supérieure plus spécialisée, pour

des enfants plus âgés que ceux étudiant au Kap.

Les études sont longues : d'après le papyrus INSINGER (IIe siècle avant J-C) <sup>18</sup>:

*« Il (l'homme) passe dix années, quand il est petit, avant de comprendre la mort et la vie. Il passe dix autres années pour accomplir le travail d'instruction au moyen de quoi celui qui a le savoir vit »*

Parallèlement à l'enseignement « formel », existant depuis le début du IIe millénaire avant J-C, existait une autre possibilité de formation, passant par la transmission de père en fils, d'un maître à son élève, permis par une civilisation où le respect de la vieillesse était primordiale,

*« Le poids des ans donnant du poids aux mots ; on entend mal mais on est bien écouté ».*<sup>19</sup>

Le plus souvent, le jeune était formé par son père qui lui inculquait les bonnes manières et l'initiait à la profession, ici médicale. Si ce fils s'avérait être indigne de recevoir l'enseignement, par des comportements inadaptés ou irrespectueux, il pouvait être chassé de la structure familiale. Dans ce cas, il était possible pour le père, de prendre un « fils adoptif », qu'il se chargeait d'éduquer.

1.4. La naissance de la clinique dans la Grèce Antique (-XVIe siècle ; -Ier siècle) :

1.4.1. La tradition des Asclépiades rencontre une médecine laïque : <sup>6</sup>

La médecine grecque reste très religieuse. La médecine est incarnée par le dieu Asclépios.

L'exercice de la médecine se fait par ceux qui se disent **descendants d'Asclépios**, les Asclépiades, transmettant leurs savoirs dans les temples aux seuls membres de leurs familles.

Parallèlement existent les **périodeutes**<sup>6</sup>, « médecins itinérants », le premier connu d'entre eux étant Démocède de Crotone (Ve siècle avt JC)<sup>8</sup>. Ceux ci portent une médecine laïque, détachée du surnaturel, de la magie et de la religion, mais également soumise au charlatanisme.

Hippocrate dans « La Loi »<sup>20</sup> vante les mérites de ces médecins qui étendent leur formation grâce à leur mobilité géographique, devenant médecin de fait, pas seulement

par diplôme.

#### 1.4.2. La création des écoles dédiées à la science médicale : <sup>21</sup>

C'est en Grèce que vont naître les écoles de médecine.

La descendance des Asclépiades, qui s'est épanouie pendant plus de sept cents ans, a fait fleurir l'école de Rhodes, antérieure à HIPPOCRATE, dont nous avons peu de description, l'école italienne de Croton<sup>3</sup>, menée par PYTHAGORE (v.-570 ;v.-480)<sup>8</sup>, et celles de Cnide et de Cos, en Grèce.

Au Ve siècle avant JC, ouvrent les écoles de Cnide et de Cos<sup>21</sup>, les deux écoles grecques de médecine, qui mèneront une lutte intellectuelle incessante, avec un esprit de compétition accentué par la proximité géographique de trente kilomètres entre les deux institutions. Mais malgré ce distinguo, les bases théoriques ne semblent pas fondamentalement différentes.

##### 1.4.2.1. *L'école de Cnide est empirique :*

*« Donne et expérimente ».*

Elle est connue pour une description très poussée des pathologies sans analyse commune des différents symptômes. Il lui est reproché de s'appesantir sur les détails sans formuler de vue d'ensemble. Hippocrate dira :

*« Les Sentences cnidiennes ignorent les différences particulières et générales entre les maladies. »<sup>21</sup>*

La description que nous en avons manque d'objectivité car produite principalement par ses concurrents de Cos.<sup>6</sup>

##### 1.4.2.2. *L'école de Cos : le berceau d'Hippocrate :*

Elle est directement issue de la tradition des Asclépiades. Reconnue comme la meilleure école d'après Galien, elle formera des médecins célèbres dont HIPPOCRATE.

D'HIPPOCRATE (v.-460 ; v.-377)<sup>8</sup> on retiendra les éléments suivants :<sup>6</sup>

- Il développe la **médecine clinique**, pose les bases de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Tout est dit dans le Livre I des *Épidémies*<sup>22</sup> :

« Dans les maladies on apprend à tirer les signes diagnostiques des considérations suivantes : de la nature humaine en général, et de la complexion de chacun en particulier ; de la maladie ; du malade ; des prescriptions médicales ; de celui qui prescrit, car cela même peut suggérer des craintes ou des espérances ; de la constitution générale de l'atmosphère, et des particularités du ciel et de chaque pays ; des habitudes ; du régime alimentaire ; du genre de vie ; de l'âge ; des discours, et des différences qu'ils offrent ; du silence ; des pensées qui occupent le malade ; du sommeil ; de l'insomnie ; des songes, suivant le caractère qu'ils présentent et le moment où ils surviennent ; des mouvements des mains ; des démangeaisons ; des larmes ; de la nature des redoublements ; des selles ; de l'urine ; de l'expectoration ; des vomissements ; des échanges qui se font entre les maladies, et des dépôts qui se tournent vers la perte du malade ou une solution favorable ; des sueurs ; du refroidissement ; des frissons ; de la toux ; des étternuements ; des hoquets ; de la respiration ; des éructations ; des vents bruyants ou non ; des hémorragies ; des hémorroïdes. Il faut savoir étudier ces signes et reconnaître tout ce qu'ils comportent. »

- On retrouve dans les différents tomes des *Epidémies*<sup>22</sup>, notamment le livre VII, de nombreux **cas cliniques** décrits méticuleusement. Ces recueils de cas cliniques seront très utiles pour des générations de médecins à venir qui se formeront d'après ces descriptions.
- L'ensemble de son œuvre, composé d'une soixantaine d'ouvrages, est appelé le **Corpus Hippocraticum**<sup>23</sup>. Certains documents inclus semblent avoir été écrits par d'autres intervenants. On y retrouve la théorie des humeurs<sup>24</sup> initiée par Alcméon de Croton (v.-535)<sup>8</sup> qu'il reprend à son compte et qui formera la base de la médecine pendant près d'un millénaire. S'y trouvent également des éléments de traumatologie<sup>25</sup> et de thérapeutique prônant avant tout « *Natura Medicatrix* »<sup>22</sup>
- Ces documents serviront de **base à la formation** médicale jusqu'au milieu du XVIIIe siècle.
- On lui attribue ainsi le fameux Serment d'Hippocrate que des générations de médecins prononcent lors de leur accession au doctorat. Il développera **l'éthique et la responsabilité médicale**, posant ainsi les bases de notre pratique moderne.

« La médecine a deux buts : soulager le malade et ne pas lui nuire. Trois éléments contribuent à notre art : la maladie, le malade et le médecin. Le médecin est le ministre de l'art, et le malade se doit de coopérer avec lui dans la lutte contre la maladie. »



Hippocrate entame une réforme de la formation médicale en laïcisant l'enseignement aux jeunes non issus de la tradition des Asclépiades. Il promeut un enseignement de qualité auprès des aspirants médecins et dénonce vertement les charlatans.

*« Celui qui veut arriver à une connaissance intime de la médecine doit réunir à des dispositions naturelles une science acquise par l'enseignement et par un jour favorable aux études, une instruction commencée dès l'enfance, l'amour du travail et une longue application »<sup>20</sup>*

*« La médecine est de tous les arts le plus relevé, mais à cause de l'ignorance fréquente de ceux qui l'exercent, elle est souvent en dessous de tous les autres. »*

20

#### 1.4.3. Après Hippocrate, l'hétérogénéité à nouveau :

Hippocrate laisse donc un riche héritage derrière lui. Mais ses successeurs ne seront pas fidèle à son enseignement, sous les influences de divers courants philosophiques. Dans la révolution philosophique induite par SOCRATE (-470 ; -399)<sup>1</sup>

*« La pensée revient aux délices et aux poisons de la pensée pure. »<sup>6</sup>*

##### 1.4.3.1. Le Lycée, l'Académie : de nouveaux centres d'enseignement :

L'Académie fondée par ARISTOTE (-384 ; -322)<sup>8</sup> en -335, le Lycée fondé par PLATON (v.-427 ; v.-348)<sup>1</sup> en -389<sup>6</sup> furent des lieux de rencontre et de formation à titre privé, sans caractère académique ou officiel, de la transmission des connaissances. Ces deux institutions perdureront pendant trois siècles.<sup>6</sup>

##### 1.4.3.2. En Égypte, les Grecs retrouvent la pensée hippocratique<sup>6</sup> :

En -300 est fondée l'École d'Alexandrie sous le règne d'Alexandre le Grand (-356 ; -323)<sup>1</sup>. Pour la première fois, on peut réellement parler d'école à la différence de Cos et Cnide qui étaient un rassemblement de membres d'une même famille autour d'un maître.

Cette école est appelée le Musée, ou *Mouseion*. L'État met à disposition des savants de lourds moyens financiers, une documentation importante, pour le progrès des connaissances et leur transmission. En -47, Jules César (v. -100 ; -44)<sup>1</sup> ordonne l'incendie d'Alexandrie et de sa bibliothèque, mettant alors fin au *Mouseion*.

#### 1.4.3.3. Apparaît ensuite la « secte logique » des dogmatiques<sup>26</sup> :

Le chef de file, Hérophile de Chalcédoine (v.-335)<sup>8</sup> et son rival Erasistrate (v.-300;v.-240)<sup>8</sup> furent considérés comme les fondateurs de l'anatomie moderne. L'enseignement dogmatique attache autant d'importance à la théorie qu'à la pratique :

*« La connaissance est nécessaire mais peut toujours être modifiée par la pratique. »<sup>8</sup>*

Les dogmatiques créèrent beaucoup de théories, certaines justes, mais finalement apportèrent peu d'avancées dans les thérapeutiques.

#### 1.4.3.4. En réponse aux dogmatiques, le pragmatisme des empiriques :

Ce mouvement fut le premier à s'auto-définir comme école au sens propre.

*« Ce qui importe ce n'est pas ce qui produit la maladie mais ce qui la supprime. La guérison passe par des remèdes et pas par des discours »<sup>6</sup>*

#### 1.4.4. Le compagnonnage :

Quelle que soit l'école citée, il n'y a pas eu d'institution comparable à nos universités actuelles : pas de corps enseignant ni de programme bien défini, pas d'inscription officielle, pas de procédé sanctionnant ou validant les acquis.

L'apprenti apprenait son art auprès d'un maître, qui avait reçu son enseignement de la même façon. Des liens très étroits, presque filiaux, unissaient l'élève et le maître. Le contenu précis des enseignements est inconnu.

Ce lien est rappelé dans le serment d'Hippocrate originel :<sup>27</sup>

*« Mon Maître en médecine, je le mettrai au même rang que mes parents. Je partagerai mon avoir avec lui, et s'il le faut je pourvoirai à ses besoins. Je considérerai ses enfants comme mes frères et s'ils veulent étudier la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je transmettrai les préceptes, les explications et les autres parties de l'enseignement à mes enfants, à ceux de mon Maître, aux élèves inscrits et ayant prêté serment suivant la loi médicale, mais à nul autre. »*

L'étudiant choisissait donc pour sa formation un professeur renommé, garantie d'une formation sérieuse et d'une carrière intéressante. En l'absence de diplôme, le nom du maître dont se réclame le nouveau médecin était un gage de qualité auprès des patients.

Les médecins itinérants, *périodeutes* officiaient sur les places appelées *iatreion* ; à ces occasions il était possible d'y croiser des étudiants venus apprendre leur art au contact du praticien expérimenté.

## 1.5. Galien Le Romain succède à Hippocrate :

### 1.5.1. La médecine romaine : une médecine importée <sup>6</sup>:

Initialement tous les médecins romains sont esclaves ou affranchis, d'origine grecque, prisonniers de guerre, apparus durant le mouvement d'hellénisme romain, à la fin du III<sup>e</sup> siècle avt JC.

Pline l'Ancien (23 ;79)<sup>1</sup> ira jusqu'à dire qu'il n'existait pas de médecins dans le monde romain avant cela. Cependant on suspecte l'existence d'une médecine au vu des « recettes » retrouvées, notamment dans les écrits de Caton l'Ancien (-249 ; -149)<sup>1</sup>, exercée principalement par des charlatans, sans connaissance théorique structurée.

Une place importante est toujours faite aux divinités, avec l'Esculape romain, directement hérité de l'Asclépios grec.

La pensée médicale se fait héritière des écoles grecques ; après les dogmatiques puis les empiriques grecs, vint le temps des méthodistes, avec Asclépiade de Bithynie (-124 ; -40)<sup>8</sup> pour meneur, qui posent la clinique au premier plan. Il exigeait de ses élèves qu'ils soignent « prudemment, rapidement, aimablement » (*tuto, celeriter et jucunde*).<sup>8</sup>

Lui succèdera l'école des épisythétiques ou éclectiques ou pneumatistes, suivant la philosophie du stoïcisme, qui attribuait la cause des maladies à un déséquilibre du « pneuma » ou « esprit aérien ».

### 1.5.2. Claude Galien (v.131-v.201)<sup>8</sup>, le nouveau père de la médecine <sup>28</sup>:

GALIEN, médecin des gladiateurs puis médecin de cour de Marc Aurèle (121;180)<sup>1</sup> en 169 ne se veut pas fondateur d'une nouvelle école mais rassemble les anciens savoirs<sup>29</sup>, les modifie au vue de ses découvertes personnelles, et en tire une synthèse cohérente. Une partie de sa production écrite est perdue dans un incendie en 193.

Il maintient l'idée que la santé est un équilibre des humeurs, idée renforcée par ses découvertes anatomiques. Sa plus grande faiblesse réside en l'explication du système cardio-pulmonaire, basée sur des expérimentations animales transposées à l'être humain sans vérification. Sur le plan thérapeutique il insiste sur la nécessité des « régimes de santé », ou règles hygiéno-diététiques. Sa pharmacopée basée d'après la théorie humorale s'exerce en « *contraria contrariis* », pour équilibrer le chaud par le froid par exemple.

Galien semblait très intéressé par l'enseignement médical. Dans son traité « l'Art médical », résumé de ses propos à visée pédagogique, Galien expose sa conception de l'enseignement médical<sup>29</sup>.

#### 1.5.3. Différentes voies de formation :

Il existe deux façons de se former à la médecine issues du modèle grec : le compagnonnage itinérant ou les écoles de médecine dont l'enseignement était délivré au sein des *Asclepiums*.<sup>6</sup>

La première école de médecine ouvre en l'an 14 sous Auguste et l'enseignement y est donné en grec<sup>30</sup>. Les connaissances à acquérir portaient sur l'anatomie, la botanique, la pharmacologie et l'instruction religieuse.

#### 1.5.4. L'apparition des hôpitaux civils et militaires :<sup>31</sup>

Les premiers établissements médicaux grecs sont datés de l'âge du bronze, et les établissements romains de l'âge du fer. On distingue deux structures : le *Valetudinarium* qui est l'hôpital des camps militaires, et l'*Asclepium*, sanctuaire de guérison dédié à Esculape mais aussi à Apollon. Ces établissements ne semblent pas avoir eu vocation à former les étudiants en médecine.

### 1.6. L'Empire Byzantin, le christianisme et l'enseignement hospitalier<sup>32</sup> :

#### 1.6.1. Le christianisme influence la médecine byzantine :

Cet empire chrétien et gréco-oriental connaît son âge d'or aux Xe et XIe siècles puis décline avec l'avènement de l'Occident latin et la chute de Constantinople en 1453.<sup>1</sup>

Le christianisme devient religion d'état à la fin du IVe siècle, amenant avec lui le concept

de *caritas*, ou charité, trait chrétien, préconisant le soin et le don envers les indigents.

L'hôpital ou *nosokomia* est né à Byzance du souci d'exercer cette charité chrétienne. C'est un lieu d'accueil, relié aux monastères et aux sanctuaires, bénéficiant ainsi d'un personnel abondant. Les praticiens médicaux peuvent être à la fois membres du clergé ou laïques.

Le premier hôpital a été bâti par Basile de Césarée (329-379)<sup>1</sup>, surnommé le Père de l'Église grecque, à la fin du IV<sup>e</sup> siècle. Le plus célèbre est l'hôpital de Pantocraton fondé en 1136 par l'empereur Jean II Comnène (1118;1143)<sup>1</sup> dont la description nous est proposée dans *Le Typikon* du Christ Sauveur Pantocraton.<sup>33</sup>

#### 1.6.2. L'enseignement organisé d'une médecine religieuse :<sup>32</sup>

La médecine byzantine est une association de pratique païenne couplée aux textes hippocratiques. Dans une société croyante, Dieu seul peut pleinement guérir. Cependant, elle reste ouverte aux pratiques médicales :

« *La science médicale n'empêche personne d'avoir de la piété* »<sup>34</sup>

L'enseignement de la médecine est parfois libre, organisé dans des établissements privés. Mais la plupart des praticiens sont formés dans l'enseignement public.

Public ou privé, l'enseignement théorique ressemble à ce que nous en dit Michel ITALIKOS (1090;1157)<sup>1</sup>, dans une lettre à l'Impératrice :

« *Je dois enseigner aux médecins les réalités cachées de la nature, et les introduire aux œuvres d'Hippocrate et de Galien [...] Vers moi accourent des multitudes de médecins qui, sous ma direction, étudient les uns les squelettes, les autres l'anatomie, d'autres les espèces de pouls et les diagnostics qu'on en retire, chacun une spécialité...* »

À l'enseignement théorique s'ajoute un stage pratique de durée indéterminée, comme assistant dans un hôpital. Le responsable de cette formation est le « didascale des médecins » nommé par l'État, et qui est sous la dépendance de l'*aktouarios*. Il est chargé de dispenser un enseignement théorique de base.

L'étudiant accompagne les *archiatroi* dans leur tournée journalière des malades de l'hôpital, participe au diagnostic et au traitement, assure des gardes.

À l'issue de cette formation pratique, il passe un examen sanctionné par un diplôme qui le fait accéder au grade d'*archiatros* diplômé. Ce diplôme, qui lui est remis par l'*aktouarios*, lui donne l'autorisation d'exercer la médecine dans un hôpital.

A la fin de l'Empire, un grand centre d'enseignement de la médecine est le Kralj de Pétra, qui comporte, outre les bâtiments traditionnels, une bibliothèque et un atelier de copie d'où sortiront de nombreux manuscrits médicaux.

## 1.7. Les richesses de la médecine arabe médiévale:<sup>35</sup>

### 1.7.1. La médecine arabe : de nombreux apports :

Avant le IX<sup>e</sup> siècle, la médecine arabe est un mélange d'influences grecque, perse, hindou et sanskrite.

Les échanges avec l'Europe, notamment lors de la conquête islamique de l'Espagne, la voie italienne, ainsi que les échanges avec l'Inde voire la Chine, ont permis à cette science de se faire connaître au-delà des frontières. Dans le Sud de l'Europe, en Espagne et en Italie ont été traduits ces nouveaux textes.<sup>36</sup>

Les premiers éléments médicaux d'origine arabe apparaissent au début du XI<sup>e</sup> siècle<sup>36</sup>. Longtemps, AVICENNE sera enseigné dans les facultés françaises, de Paris à Montpellier.<sup>35</sup>

Les « maisons de la sagesse » ou *Bayt al-hikma* sont apparues au début du IX<sup>e</sup> siècle dans le monde arabe sous le califat d'Al-Ma'mūn (calife de 813-833) . Ces institutions ont permis un essor intellectuel, la traduction des textes grecs en syriaque, la préservation des ouvrages des Anciens dans de grandes bibliothèques califales se trouvant à Bagdad, Cordoue et Le Caire.<sup>37</sup>

*« La lecture ne fait pas le médecin , mais bien l'esprit critique et le talent d'appliquer à des cas particuliers les vérités dont il a connaissance ».*

RHAZÈS<sup>8</sup>

### 1.7.2. Des étudiants à l'hôpital :

Les Arabes vont développer la structure hospitalière, les Bimaristans, hôpitaux publics dans notre sens moderne du terme, se distinguant des temples de guérison grecs ou latins, dédiés à des figures divines.

Selon l'historien AL-MAQRIZI, le premier Bimaristan a été construit à Damas sur l'ordre du kalif Walid ibn Abdelmalek en 707<sup>38</sup>. Mais le premier hôpital reconnu par les Arabes est Joundisapur en Perse. Dès le VI<sup>e</sup> siècle, celui-ci contenait une école de médecine en son sein.

Le Bimaristan avait deux rôles : le **soin** aux malades mais également la **formation** des jeunes médecins couplant un enseignement théorique, dans les bibliothèques à un enseignement pratique, lors des consultations.

Ainsi témoigne ALI ABBAS (v.995)<sup>8</sup>:

*« Parmi les choses qui incombent à l'étudiant, il doit être constamment dans les hôpitaux, apporter une attention soutenue aux conditions dans lesquelles se trouvent les malades, interroger fréquemment sur leur état et leurs symptômes, enfin conserver à l'esprit ce qu'il a lu sur les variations de ces symptômes et les indications qu'on peut en tirer, soit en bien soit en mal. Si l'étudiant agit ainsi, il atteindra un haut degré de perfection dans son art »<sup>6</sup>*

En avance sur leur temps, les femmes exerceront la médecine comme médecins, notamment les membres de la famille d'AVENZOAR (1090;1162)<sup>8</sup>.

### CONCLUSION :

La Gaule serait pratiquement dépourvue de science médicale et d'enseignement structuré. Hippocrate pose les débuts de la médecine clinique à travers la mise en exergue de la sémiologie, de l'interrogatoire. Il inaugure également l'éthique médicale. Ses ouvrages serviront de sujet d'études pour les générations séculaires à venir.

Durant la période grecque et romaine, l'enseignement se fait principalement par le compagnonnage. Les hôpitaux de l'empire byzantin et du monde arabe font une place pour la formation des étudiants en médecine.

## 2. La jeune université freinée par une science médicale gelée :

### 2.1. Salerne, Paris et Montpellier : les débuts de l'université:

#### 2.1.1. L' école de Salerne initiatrice du mouvement :<sup>39</sup>

L'école de médecine est fondée à proximité du couvent du Mont Cassin en Italie au VI<sup>e</sup> siècle par Saint Benoît, aussi appelé Benoît de Nursie (480;547)<sup>27</sup> .

Cette ville, connue depuis l'Antiquité comme centre de cure, se verra appelée *Civitas Hippocratica*, la ville d'Hippocrate de Cos. On retrouve des traces de l'existence de l'école de médecine dès le IX<sup>e</sup> siècle dans le *Chronicum Salernitanum*. Elle s'illustrera en urologie, ophtalmologie et chirurgie générale. Son apogée est datée du XII<sup>e</sup> siècle.

Entre 1140 et 1241, l'empereur romain Frédéric II de Hohenstaufen (1194-1250)<sup>1</sup> réglemente la pratique de l'art de guérir dans la cité. La constitution de Melfi (*Liber Augustalis*)<sup>40</sup> de 1231 légifère les modalités d'enseignement. L'empereur Frédéric II lutte également contre la montée du charlatanisme médical et chirurgical en affirmant que :

« Nul ne peut être appelé médecin chirurgien ou maître sans avoir fait d'études médicales. »

Pour devenir docteur en médecine , il faut suivre d'abord trois ans de cours de philosophie et de logique , avant de pouvoir accéder aux cinq ans des cours de médecine et de chirurgie<sup>41</sup>. Les six derniers mois sont consacrés à la pratique, sous la guidance d'un maître, appelé *Collegiale*. A la fin des études, il faut passer un examen final public devant les Maîtres de l'École.

En cas de réussite, le nouveau docteur reçoit le Livre, symbole de l'enseignement, la bague en or, la couronne de laurier et la bénédiction de son maître. Après avoir payé une taxe, il peut enfin exercer la médecine.

En cas d'échec, l'étudiant ne reçoit pas un diplôme mais une licence qui lui permet d'exercer uniquement dans son territoire d'origine et qui lui interdit d'obtenir la chaire de médecine.



Seuls les enfants issus de la noblesse ou descendants de médecins pouvaient accéder aux études. Fait notable, l'enseignement était ouvert au sexe féminin ; citons l'exemple de Trotula de Ruggiero aussi appelée Trotula de Salerne (XIe)<sup>8</sup>, dont nous retrouvons les écrits « *Trotula mulierum* » et « *De mulierum passionibus* »

L'enseignement suit de multiples courants de pensées, juif, arabe, syriaque, greco-latin ; il est en cela unique qu'il n'est traité que de médecine ou de chirurgie, par des enseignants laïcs. La chirurgie est intégrée dans l'enseignement médical. Les étudiants se forment déjà « au lit du patient » dans les structures d'accueil des malades.

En complément des progrès en anatomie apportés par Constantin l'Africain (v.1015 ; 1087)<sup>8</sup>, Frédéric II précise l'enseignement médical par un nouvel article en 1240 qui autorise la dissection humaine, interdite par la religion chrétienne depuis le IIe siècle.

L'école sera à l'origine d'une considérable production littéraire, principalement reprise par l'école puis faculté de médecine de Montpellier. L'essentiel de ces œuvres est regroupé dans le **Corpus Salernitanum** ; rédigé par dix médecins, on y présente une médecine épurée du religieux, basée sur l'expérience.

Bien que non française, Salerne marque une grande étape dans le développement des universités. Son régime sera conservé pendant six cents ans. Sa fin est actée le 29 novembre 1811, par décret napoléonien.

« *La renommée dit que Salerne fut la source de la médecine* »  
PÉTRARQUE (1304;1374)<sup>1</sup>

#### 2.1.2. Paris : l'élève modèle : <sup>42</sup>

On distingue deux courants universitaires en France : le Nord , sous le joug de l'Église, et le Sud, à travers la faculté de Montpellier, plus laïque. Ceci aboutira sur deux conceptions très différentes de l'enseignement médical.

Le mouvement de scolarisation mené par le clergé s'étendit jusqu'au XIIIe siècle. Il induit un essor des vocations intellectuelles, une croissance des ambitions sociales. On assista parallèlement à un développement des lieux de formation d'enseignement supérieur.

Aucun document ne permet d'analyse quantitative mais tous les textes parlent explicitement d'une multiplication des écoles.<sup>42</sup>

Très libre et très dispersé tout d'abord, l'enseignement médical s'organisa peu à peu.

A Paris, le quartier fréquenté par les maîtres et leurs élèves se trouvait au voisinage de Notre-Dame près de l'entrée du petit Châtelet. Les professeurs enseignaient aussi bien dans des maisons mal famées, dans des églises ou dans des rues. Des cours se faisaient place Maubert ou plus loin encore sur la montagne Sainte-Geneviève.

Les étudiants étaient assis sur du foin ou des bottes de paille, il n'y avait pas de chaire professorale mais une botte de paille supplémentaire pour le maître. Pendant un certain temps, les étudiants en médecine parisiens se sont rassemblés rue du Fouarre dans le même local que les étudiants des Beaux Arts.

Puis ils s'installèrent définitivement en 1369 en prenant possession d'une maison située au coin de la rue de la Bûcherie ; cette maison restera affectée à l'enseignement médical jusqu'en 1792<sup>43</sup>.

A titre anecdotique, l'enseignement se faisait en latin, d'où l'émergence de l'appellation populaire du « Quartier Latin ».

Dans ce contexte un peu brouillon, mélange de curiosité intellectuelle et de volonté d'accès rapide à la renommée sociale aboutirent des formations très hétérogènes. Mais les maîtres et étudiants furent assez nombreux pour faire germer une communauté universitaire. Ce mouvement se retrouve dans toutes les grandes villes de France.

On distingue deux phases au mouvement universitaire parisien :

La première étape s'étend jusqu'en 1231, marquant la naissance de la communauté universitaire. En 1200, le roi Philippe II Auguste (1165;1223)<sup>1</sup> place les étudiants sous sauvegarde royale, leur reconnaissant le privilège du for ecclésiastique.

En 1208, une lettre pontificale reconnaît le statut d'association, et l'université de Paris reçoit ses statuts officiels en 1215, sous le règne de Philippe II Auguste, par le Cardinal

Robert de Courson, précisant les privilèges et statuts de l' « *universitas magistrorum et scholarium parisiensis* ». Cette lettre sera confirmée le 13 avril 1231 par la bulle pontificale de Grégoire IX « *Parentes Scientiarum*. » ou « *Grande Charte de l'Université* ».

Les statuts de 1215 fixent en détail la procédure des examens de licence, définissent les programmes des écoles d'arts, mentionnent des obligations d'entraide communautaires, et autorisent l'université à compléter ces dispositions par de nouveaux statuts qu'elle élaborerait elle-même.

Au terme de cette première période, l'université de Paris présente trois aspects essentiels :

- C'est une confrérie, une association de défense et d'entraide mutuelle.
- L'université devient aussi un métier organisé, induisant un certain nombre de principes et de règlements appliqués à l'ensemble de la communauté, tout en précisant de nombreux points relatifs aux cursus d'études, aux programmes et aux examens.
- Elle représente également un « pouvoir intellectuel » ; elle échappe au contrôle diocésain de l'Église sur l'enseignement scolaire. Son rayonnement s'étend sur l'ensemble de l'Occident. Ses relations avec les représentants locaux de l'Église sont difficiles, voire clairement hostiles.

- La seconde étape s'étend de 1231 à la fin du XIIIe siècle. Elle est marquée par l'influence croissante de l'Église qui s'infiltré dans les universités à travers les Mendiants, les « espions du clergé ». (cf.2.3.2.3).

### 2.1.3. Montpellier la rebelle :

Dès le Xe siècle il est retrouvé trace d'une école de médecine à Montpellier, multiculturelle, sur l'inspiration de l'école de Salerne. Les enseignants seront souvent issus de cette dernière.

En 1180, le comte Guilhem VIII de Montpellier (1157;1202)<sup>1</sup>, seigneur du Bas Languedoc autorise l'accès de l'école aux Juifs et aux Arabes et rend totalement libre l'enseignement de la médecine en 1181<sup>44</sup>.

« Avant Hippocrate était de Cos, maintenant il est de Montpellier »  
Guilhem VIII (1157;1202)<sup>1</sup>

Malgré une tutelle épiscopale, l'école a toujours eu la réputation d'être plus autonome que les autres établissements.

En 1220, un édit très détaillé du cardinal Conrad d'Urach (v.1170 ou 1180 ; 1227)<sup>1</sup>, légat du Pape Honorius III, précise définitivement les modalités d'études et des examens. Ces statuts autorisent une grande tolérance pour les étudiants et les professeurs en particulier non-chrétiens, et ces statuts furent appliqués sans changement pendant de nombreuses années.<sup>6</sup>

La bulle papale de Nicolas IV, « *quia sapiensa* », crée officiellement l'université de Montpellier le 26 octobre 1289, regroupant les Écoles de Médecine, Arts et Droit qui devient alors la troisième université créée en France, après celles de Paris et Toulouse. Il légifère simplement un état de faits existant depuis au moins trois siècles.

## 2.2. La formation médicale universitaire<sup>42</sup> :

### 2.2.1. Un contenu antique :

Chacun commence obligatoirement par l'étude des sept arts libéraux regroupés en deux catégories : **le trivium** [grammaire, rhétorique, dialectique] puis **le quadrivium** [arithmétique, géométrie, astronomie et musique] .

Ces connaissances sont un prérequis indispensable à l'obtention du baccalauréat puis à la licence des arts. Alors seulement le jeune licencié peut prétendre à une inscription en faculté de médecine, droit, lettres ou théologie.

Le cœur du programme, **l'Articella**<sup>45</sup>, est une collection de textes médicaux d'origine grecque ou arabe qui sert de base à l'enseignement de la médecine en Europe occidentale entre le XII<sup>e</sup> et le XVI<sup>e</sup> siècle. Avant d'être admis dans l'ouvrage de référence, les textes devaient être approuvés par le conseil des maîtres-régents. On y retrouve les textes de Salerne, d'ARISTOTE, d'AVERROES, le Canon d'AVICENNE, les commentaires d'Hippocrate par GALIEN puis les commentaires de Galien par ALI-IBN-RIDWAN. Le

recueil prendra alors le nom d'*ars commentata*. On y trouve, dans les éditions plus tardives, des textes d'origine plus variée tels ceux de Gilles de Corbeil (1140 ; 1224)<sup>1</sup>.

Le principe général de ces enseignements est basé sur l'équilibre des humeurs par des saignées et des purges. La pharmacologie permet un équilibre de ces humeurs.

Le costume fait son apparition: pour les leçons les professeurs portent la longue robe noire, le rabat, l'épitoge écarlate sur l'épaule et le bonnet carré propre aux docteurs-régents; dans les cérémonies publiques ils portent, par dessus la robe, un manteau rouge à pèlerine de fourrure. Les médecins exerçant portent une robe rouge longue doublée de fourrure blanche.

### 2.2.2. La méthode scolastique:

Selon la méthode scolastique, chaque ouvrage était lu, par un enseignement porteur de la *licencia docendi*, puis commenté (*lectio*) ; puis on discutait les problèmes posés en opposant les différentes autorités (*questio*) ; le maître apportait sa solution (*determinatio*). Le risque est la disgrâce professorale, qui s'emporte dans ses interprétations personnelles, loin des données de la science.

Le devoir de l'écolier est d'écouter (*audire*) ; le bachelier diplômé abandonne son rôle passif en donnant lui-même des "*lectiones*" ; il devait délivrer un minimum de quatre cours.

Deux fois par an étaient organisées de grandes controverses (*disputationes de quod libet*). Les règles et le vocabulaire de ces controverses étant imposées à l'avance aux étudiants. L'étudiant devait tenir le rôle de *respondens* au moins deux fois avec deux maîtres différents. Le bachelier avait à répondre à l'opposant qui présentait des arguments contraires à la thèse proposée dans l'intitulé de la question. La réponse du bachelier faisait ainsi progresser la solution définitive qui restait l'apanage du maître.

Une fois les débats épuisés, le *consiliator* tirait des conclusions appelées *concordatiae*.

### 2.2.3. L'apparition tardive de l'enseignement clinique :

L'initiative de faire des leçons au lit du malade, ou leçons cliniques, fut longtemps attribuée

au médecin hollandais Herman BOERHAAVE (1668-1738)<sup>8</sup>, professeur à l'Université de Leyde, qui, s'il ne fut l'inventeur de ce type de leçons, en fut incontestablement le promoteur, selon les témoignages quasiment unanimes de ses contemporains.

Franciscus de LE BOË aussi appelé Sylvius (1614;1672)<sup>1</sup> s'exprima ainsi en 1658 :

*« J'ai conduit mes étudiants par la main, les invitant à la pratique médicale, me servant d'une méthode jusque là inconnue à Leyde, et même ailleurs sans doute, qui consiste à les conduire tous les jours à visiter les hôpitaux. Je leur ai exposé sur place les symptômes de la maladie ; je leur fais entendre les plaintes des malades »<sup>6</sup>*

À l'Université de Pavie (Italie), des leçons cliniques sont attestées à partir de 1773<sup>6</sup>.

André Simon TISSOT (1728;1791)<sup>8</sup> fut chargé en 1781 d'organiser l'enseignement clinique. Il préconisait une utilisation du cadre hospitalier pour la formation des étudiants.

Cette idée rencontra l'opposition des sœurs Augustines qui défendaient l'idéal chrétien de respect des pauvres et du devoir de charité à leur égard, sans contrepartie.

Tissot (1728;1791)<sup>3</sup> puis PINEL (1745-1826)<sup>8</sup>, que nous connaissons comme grand réformateur de la psychiatrie édifièrent un système d'instruction au lit du malade, qui n'entrera en vigueur qu'à la fin de la Révolution.

#### 2.2.4. La validation des connaissances .<sup>42</sup>

Pour devenir médecin,<sup>6</sup> on commence par la Maîtrise des Arts en trois ans puis on accède au Baccalauréat au bout de deux à trois ans puis à la Licence en cinq à six ans et au Doctorat, clé de l'enseignement, six mois après. Il n'y avait pas d'épreuve « pratique » de validation des compétences.

Le stage clinique obligatoire interviendra tardivement, plus précocement dans les universités du Sud qu'à Paris.

##### 2.2.4.1. Le Baccalauréat :

Le Baccalauréat<sup>46</sup>, apparu au XVe siècle, permet à l'étudiant « simple auditeur » de devenir étudiant « avancé ». A la Saint Rémy, le 15 janvier, les candidats étaient convoqués pour subir les examens du Baccalauréat.

L'examen d'admission au Baccalauréat se faisait en deux temps : d'abord avait lieu un examen général ( *examen publicum* ), probablement très court et formel, puis un examen particulier ( *in camera* ) au domicile du doyen. Cette audition *in camera* faisait l'objet d'un rapport par quatre maîtres. Une fois admis, les nouveaux bacheliers devaient offrir un repas aux examinateurs.

Le soir, après les Vêpres, les candidats se rendaient à la maison du doyen en présence des maîtres pour donner la preuve de leur durée d'études ( *probatio temporis auditionis* ) ; cette durée est évaluée entre trente huit et quarante et un mois.

Le bachelier qui n'avait pas assisté aux messes était sanctionné financièrement ; on compte environ trente huit messes obligatoires pendant l'année scolaire.

Le décret napoléonien du 17 mars 1808 donne au grade de baccalauréat le statut que l'on connaît, marquant le passage du secondaire à l'enseignement supérieur.

#### 2.2.4.2. La Licence :

La Licence représente le grade le plus ancien, datée approximativement du XIIe siècle : devant un jury de maîtres, le candidat doit faire preuve de bonnes vies, bonnes mœurs, apporter la preuve de ses études antérieures.

Une assemblée se réunissait pour l'accession à la Licence. La durée d'étude nécessaire était estimée entre cinquante et un et soixante six mois, la différence s'expliquant par la possibilité de démarrer les études de médecine en parallèle aux études d'art, à condition d'être diplômé en arts avant de se présenter au premier examen de médecine.

La Licence ne se délivrait que dans les années jubilaires, c'est à dire tous les deux ans. Le licencié devait effectuer un stage de deux ans dans un hôpital ou chez un médecin exerçant.

Les examens de licence se déroulaient également en deux temps : après vérification du *probatio temporis*, on commençait par l'examen *particulare* dans la maison d'un maître régent, devant un jury de quatre examinateurs, cet examen ayant plus un caractère

mondain que scientifique. Puis, dans les jours suivants, les candidats étaient présentés au Chancelier par des maîtres choisis par le candidat pour l'*inceptio*. Cette épreuve comportait une leçon que le candidat devait donner, puis disputer une question.

Pour se faire, le candidat devait se présenter en « cape neuve de beau drap neuf avec bonnet et gants ». Le coût de ces vêtements pouvait faire retarder ou empêcher l'examen des candidats peu fortunés.

#### 2.2.4.3. *Le Doctorat :*

Sa naissance correspond au début des universités, soit XIII<sup>e</sup> siècle.

Pour être diplômé le candidat devait passer deux séries d'examens, les *triduanes*, étalées sur trois jours et consistant à présenter un exposé sur six maladies différentes. La moitié des sujets étaient choisie par le chancelier, l'autre par le doyen.

Si le suffrage des deux tiers des professeurs était réuni, le licencié était admis au rang de docteur. Il recevait donc son bonnet, portait un anneau d'or au doigt, on lui remettait une ceinture du même métal, on lui présentait les aphorismes d'Hippocrate et on l'autorisait à s'asseoir à côté des professeurs avant de recevoir l'accolade et la bénédiction.

Le Doctorat est un acte corporatif marquant l'entrée du Licencié parmi les Enseignants. Acte très onéreux, réservé aux gens aisés, il est indispensable pour enseigner. Le prix était dissuadant pour certains étudiants.

D'après la Bibliothèque Nationale de France, nous avons très peu de données bibliographiques portant sur les thèses écrites de l'Ancien Régime. Soulignons le travail de Noé LEGRAND<sup>47</sup>, recueil des thèses rédigées entre 1539 et 1793, portant exclusivement sur les thèses parisiennes.

Les données sont plus probantes à partir des réformes napoléoniennes, réaffirmant la place du travail de thèse.

#### 2.2.5. La population étudiante :<sup>42</sup>

##### 2.2.5.1. *Les origines sociales :*

Il est difficile de trouver des sources sur les populations étudiantes avant la fin du XIV<sup>e</sup>



siècle, avant qu'apparaissent les registres de matricules. Il existe vraisemblablement une forte hétérogénéité entre grandes et petites universités, Paris et les provinces.

Quant à l'origine sociale des étudiants en faculté de médecine, les informations sont difficiles à exploiter. On sait que les nobles n'ont jamais été très nombreux dans les universités, moins de 5 %, maximum 15 %, car ne leur faisant pas accéder à des statuts plus intéressants que le leur. Le coût des études en lui-même suffisait à exclure la grande masse de la population non aisée. Les étudiants « pauvres » restaient de fait minoritaires.

La plupart des étudiants était issue de la classe moyenne dite bourgeoise, surtout urbaine, pouvant financer leurs études et leur permettant une ascension sociale, avec des revenus plus sûrs et une position plus prestigieuse, pour certains allant jusqu'au professorat.

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, le recrutement populaire est quasiment tari. Les étudiants sont les fils des étudiants de la génération précédente, « médecin de père en fils ».

#### 2.2.5.2. *Les effectifs :*

A Paris de 1680 à 1789 les effectifs de bacheliers de la faculté de médecine passent de 60 à 107 . En 1789 on estime que sur l'ensemble du territoire on comptait un peu plus de 600 étudiants en médecine pour environ 13000 étudiants au total.

Il est pointé, dès le XVII<sup>e</sup> siècle, le manque d'intérêt d'un surplus de diplômés, formant un groupuscule d'intellectuels frustrés par le peu d'emploi, et privant la société d'hommes indispensables à l'agriculture, l'artisanat et le commerce.

#### 2.2.5.3. *Le mode de vie :*

Certains élèves logeaient chez leur maître mais la plupart logeait dans des collèges. Le plus ancien collège d'étudiants remonte à 1180 : c'est le « collège des dix-huit »<sup>48</sup>. Les plus réputés au XIV<sup>e</sup> siècle étaient le collège d'Harcourt, le collège du Cardinal Lemoine et le collège de Navarre.

Initialement on constatait une grande mobilité possible des étudiants car aucune frontière ne s'opposait à la circulation des hommes ni à la validité universelle des diplômes, qui se

perdit au XVII<sup>e</sup> siècle, de par la coupure confessionnelle européenne puis avec la guerre de Trente Ans marquant la fin de la *peregrinatio academica*.

#### 2.2.6. Quelques mots de chirurgie :

##### 2.2.6.1. *Le Collège de Saint Côme et l'unification des chirurgiens :*

Il existe une association de barbiers-chirurgiens dès le XIII<sup>e</sup> siècle indépendante de la faculté de médecine. De par leur contact avec le sang, ces praticiens sont mal perçus et dénigrés par l'Église. En effet, au Concile de Clermont en 1130, puis au Concile de Tours en 1163 et en 1215 lors du quatrième Concile de Latran, il est interdit au clergé tout acte répandant le sang.

« *Ecclesia abhorret a sanguine* » : l'Église abhorre le sang ...

Jean PITARD (1238;1315)<sup>8</sup>, chirurgien français, créa en 1260 la Corporation des Chirurgiens à robe longue, qui se distingue des barbiers-chirurgiens, portant une robe courte. A sa demande, en 1268, Louis IX créa la confrérie de Saint Côme, près du Couvent des Cordeliers. Là se réuniront les chirurgiens, le premier lundi de chaque mois, pour donner des consultations gratuites auxquelles les apprentis chirurgiens sont tenus d'assister. En 1311 il obtint la présidence des examens d'aptitude à la chirurgie. L'enseignement formel de la chirurgie était né.

Le plus ancien édit est celui de Philippe IV le Bel (1285-1314) de novembre 1311<sup>49</sup>. Informé qu'à Paris et dans le vicomté, plusieurs étrangers pratiquaient la chirurgie sans aucune formation, le roi ordonna qu'à l'avenir :

« *Nul homme ou femme ne pourrait s'immiscer publiquement ou occultement dans cet art sans avoir été examiné par des chirurgiens-jurés, demeurant à Paris, et délégués par Jean PITARD, chirurgien-juré du roi, au Châtelet de Paris* »

Craignant le pouvoir de la Confrérie, la faculté de médecine parisienne prit la responsabilité de former les barbiers. L'opposition entre barbiers et chirurgiens ne faisait alors que commencer.

Les chirurgiens de Saint-Come reprochent aux barbiers d'empiéter sur leurs plate-bandes, d'ignorer le latin, le grec, et leurs modestes origines.

Les barbiers se rapprochent des médecins, s'engagent à convoquer deux docteurs aux examens de maîtrise et à se borner aux opérations de chirurgie élémentaire. En 1494, les médecins-régents leur délivrent un enseignement en français.

Les chirurgiens parisiens appartenant au Collège décideront que les apprentis chirurgiens devront au préalable se faire recevoir Maître-des-Arts. L'enseignement de la chirurgie se calque sur celui de la médecine et les examens se terminent par la réception solennelle du bonnet magistral.

Sous François Ier (1515-1547), en janvier 1545, les chirurgiens obtiennent le même statut que les médecins de la Faculté : ils passent les mêmes grades, ils doivent être aussi grammairiens et "instruits en langue latine".

En mai 1579, une ordonnance prône que nul ne sera reçu maître chirurgien sans que les docteurs régents en médecine de la ville concernée n'aient été présents aux examens, et sans leur approbation.

Sous Henri II (1547-1559), le 26 mai 1558, le parlement ratifie la nouvelle composition des jurys d'examen :

*“Quatre des plus anciens maîtres-barbiers expérimentés et reçus en chef-d'œuvre dudit estât chacun en son quartier, et... en outre le greffier de la juridiction du Premier Barbier du Roi, les quatre maîtres jurés et deux docteurs en médecine...”.*

Admis parmi les membres de la Confrérie parisienne de Saint-Côme et Saint-Damien, LANFRANCHI ( ?; 1306)<sup>8</sup> déplore le rôle concédé aux simples barbiers et se prononce en faveur d'une unité médicale :

*“Nul ne peut être bon médecin s'il ignore les opérations chirurgicales, de même que nul ne peut opérer s'il ne connaît la médecine. O Dieu, pourquoi existe-t-il une différence entre le physicien et le chirurgien ? Les physiciens ont abandonné les opérations aux laïcs et le vulgaire regarde comme impossible que le même homme puisse connaître à la fois la médecine et la chirurgie !”*

Les chirurgiens protestent et demandent en 1571 que les barbiers ne soient pas considérés comme disciples de la Faculté. Celle-ci tranche la question en gardant sous sa tutelle les deux corporations.

Finalement une fusion sera opérée sur la demande des chirurgiens-jurés comme des barbiers-chirurgiens... Ce fait surprenant est officiellement énoncé dans l'édit d'union

rendu par Louis XIII au mois d'août 1613. Nombre de charlatans profitaient de ces distensions au sein du corps professionnel ; la seule solution était l'unification des praticiens.

Les deux corps sont unis et incorporés « en un seul et même corps pour jouir dorénavant et concurremment des droits des uns et des autres, sans qu'à l'avenir ils se puissent séparer »... Ce n'est qu'en 1656 sous Louis XIV que la fusion des deux corps fut définitivement effectuée.

#### 2.2.6.2. *L'apprenti chirurgien :*

Les élèves sont formés en compagnonnage, au lit des malades.

Les étudiants qui se destinaient à exercer en banlieue parisienne ou dans le vicomté ou la prévôté de Paris devaient avoir suivi cinq ans d'études dont trois ans dans les hôpitaux. Ils étaient alors "garçons chirurgiens", puis "compagnons", logés, nourris, chauffés, éclairés et blanchis à l'Hôtel-Dieu. Ils étaient aidés par les "commissionnés" qui prenaient leur suite lorsqu'ils quittaient l'hôpital.

Le règlement imposé aux compagnons était très strict. La bienséance est recommandée, nul ne doit visiter une femme sans la présence d'une autre femme, et bien sûr, ne jamais s'enfermer avec une patiente. Les garçons-chirurgiens portent le tablier blanc et il leur incombe spécialement de pratiquer les saignées.

Au plus bas de l'échelle se trouve l'élève. Il n'est ni logé, ni nourri, il doit être âgé d'au moins dix-huit ans, se présenter au bureau avec un certificat de bonnes vie et mœurs signé par son curé. Plus tard, il lui faudra passer un examen devant deux médecins, le maître chirurgien et le compagnon gagnant maîtrise.

Le maître en chirurgie Pierre DESAULT (1665;1735)<sup>8</sup>, dès sa désignation à la tête du service chirurgical de l'Hôtel-Dieu en 1785, n'eut de cesse d'y obtenir la formation d'une école clinique qui serait à vocation chirurgicale.

Au début de l'année 1788<sup>50</sup>, il fut décidé d'appropriier une salle pour y effectuer les démonstrations d'anatomie ainsi que les grandes opérations de chirurgie et pour y donner les consultations aux malades du dehors, mais le Bureau exigea de limiter le nombre de places de l'amphithéâtre à cent vingt. Le nombre d'élèves chirurgiens se montait alors à cent sept et les administrateurs craignaient par-dessus tout que de nombreuses personnes de l'extérieur viennent assister aux cours, réservés en principe à un usage strictement interne.

## 2.3. L'autoritarisme de l'Église :

### 2.3.1. Dès les premières lettres:

S'appuyant sur diverses traditions spirituelles, les maîtres chrétiens fondent les premières écoles monastiques, presbytérales et épiscopales<sup>51</sup>. Appliquant peu à peu le programme augustinien (« Raison et Foi devant cheminer de front »), ces écoles dessinent le profil d'une éducation que l'on retrouvera durant les dix siècles du Moyen Âge.

*“ A tous les prêtres chargés de paroisse de recevoir chez eux, en qualité de lecteurs, des jeunes gens, afin de les élever chrétiennement, de leur apprendre les passées et les leçons de l'écriture, et toute la loi du Seigneur, de façon à pouvoir se préparer parmi eux de dignes successeurs ”.*

Concile de Vaison (529) d'après Antoine Leon

Le 23 mars 789, grâce à l'*Admonitio Generalis*, l'exhortation générale<sup>52</sup>, l'empereur Charlemagne (742 ; 814)<sup>1</sup> impose que “ des écoles soient créées pour apprendre à lire aux enfants. Dans tous les monastères, dans tous les évêchés, il faut enseigner les psaumes, les notes, le chant d'église, le calcul, la grammaire (...)”.

### 2.3.2. Une liberté relative pour les Universités :

L'Église ne donnera jamais pleine liberté aux universités, notamment en y infiltrant les clercs, retards au mouvement communautaire universitaire, et veillera aux bonnes mœurs de l'enseignement, à la conformité avec les écrits des Anciens.

### 2.3.2.1. *La Licencia Docendi* :

La *Licencia Docendi* est instaurée en 1179 par le pape Alexandre III lors du concile de Latran. Cette licence, obligatoire, délivrée exclusivement par le clergé, donne l'autorisation au porteur d'enseigner dans les universités. Ceci donne un contrôle total de l'Église sur l'enseignement supérieur.<sup>42</sup>

### 2.3.2.2. *La censure littéraire* :

En 1210, le synode de Paris censure les textes d'ARISTOTE et interdit de les enseigner sous peine d'excommunication, interdit partiellement levé par le légat pontifical Robert de Courçon en 1215, puis adouci par Grégoire IX en 1231. Le débat fut vif. Mais grâce à des maîtres prestigieux comme Albert LE GRAND (1206-1280)<sup>1</sup> et Thomas d'AQUIN (1225-1274)<sup>1</sup>, disciple du premier on finit par distinguer les vérités apportées par la raison de celles apportées par la foi. En 1255 la quasi-totalité des écrits d'ARISTOTE est adoptée comme textes à étudier ainsi que les grands commentaires arabes tels ceux d'AVERROÈS.

### 2.3.2.3. *La crise des « Mendiants »* :

La communauté dite des « Mendiants » est issue de la fusion de membres des ordres dominicain et franciscain installée au cœur des universités, proposant un enseignement facultaire de qualité, sous l'influence de leur spiritualité.

Initialement bienveillants envers ces ordres, les maîtres séculiers deviennent rapidement hostiles à cette implantation systématique de l'Église dans l'Université. Ils craignent la concurrence de ces établissements gratuits, délivrant un enseignement d'excellente qualité, mais rattachés à la doctrine de l'Église et non solidaires de la communauté universitaire.

Le mouvement d'opposition, mené par Guillaume de SAINT-AMOUR (1202;1272)<sup>1</sup>, débuta entre 1250 et 1253 lorsque les Mendiants refusèrent de se joindre à une grève universitaire. Malgré une opposition farouche des universitaires, le pape Alexandre IV imposa le 14 avril 1255 la réintégration des Mendiants dans l'Université, sans limitation du

nombre de leurs chaires et Guillaume de SAINT-AMOUR se vit bannir du royaume de France en 1256. Cette crise montre les limites de l'autonomie de l'université parisienne, qui restait sous le joug pontifical.

## 2.4. Collèges et Académies : le déclin du mouvement universitaire :

### 2.4.1. Création de centres d'enseignement supérieur parallèles :<sup>42</sup>

Le mouvement universitaire fleurît pendant un siècle et demi puis survint la déchéance. La formation stagne, la corruption prolifère, les connaissances transmises sont figées. Les XIVe et XVe siècles sont une période de stagnation intellectuelle.

Peu de données sont disponibles sur le recrutement, les carrières, etc. Les durées d'études ne sont pas respectées, les grades sont achetés, non mérités.

Se développent les « écoles » privées, plus à jour et libres de leurs enseignements ; ce sont, a minima, des centres d'échanges intellectuels. Citons le Collège Royal devenu, depuis la Révolution, Collège de France, qui obtint une chaire de médecine en 1542, le Jardin du Roi créé en 1635 puis l'Observatoire de Paris créé en 1667.

Mais les universités restent les seules à délivrer les grades, conservant ainsi un avantage non négligeable sur les écoles, pourtant plus compétentes. La plupart des étudiants se forment dans les collèges, et passent brièvement à l'université pour valider leurs compétences.

### 2.4.2. L'Édit de Marly structure la formation :<sup>53</sup>

Face à cet anarchisme professionnel, le besoin de législation se fait sentir.

*“... empêcher que des personnes sans titre et sans capacité ne (continuent) d'exercer la médecine sans y apporter souvent d'autre dispositions que l'Art criminel d'abuser de la crédulité des Peuples ...”*

Édit de Marly

Ce charlatanisme ambiant et le peu de crédibilité accordé au corps médical se retrouvent dans la littérature classique, notamment dans les œuvres de MOLIÈRE (1622 : 1673)<sup>1</sup>, tel

que « *le Malade Imaginaire* », ou « *le Médecin malgré lui* ».

L'édit royal de Marly du 18 mars 1707, s'étend à l'ensemble du territoire ; il réorganise les études et la pratique de la médecine. Voulu par Louis XIV "perpétuel et irrévocable", il constitue le premier grand texte de santé publique.

**Il réserve aux facultés françaises le droit de former les médecins** qui exerceront sur le territoire, définit les obligations tant des étudiants que des professeurs, prévoit les sanctions en cas de manquement, garantit les moyens matériels d'en respecter les dispositions.

Nonobstant les interdits de l'Église, l'accent est mis sur **l'anatomie**, étudiée en amphithéâtre de dissection.

Il comporte également un **volet social** : obligation est faite aux médecins de réserver un jour par semaine aux soins gratuits pour les indigents.

Il implique également devoir **faire preuve de ses études** : nécessité de s'inscrire tous les trimestres, l'autorisation aux grades ne se faisant qu'après trois ans d'inscription certifiés, présenter son attestation de philosophie obtenue sur deux ans ainsi que la maîtrise des arts. Puis il faut présenter les certificats d'assistance aux cours spécialisés dans la médecine : l'anatomie, la pharmacie galénique et chimique, botanique.

**La mobilité étudiante est soumise à contrainte** avec une surveillance accrue de la pérégrination académique : l'étudiant doit rester au moins un an au même endroit pour valider ses acquis.

**L'assiduité des enseignants** à leurs tâches est garantie par des pénalités financières en cas de non respect de leurs engagements.

## 2.5. Les évolutions de l'institution hospitalière :<sup>50</sup>

### 2.5.1. De l'hôpital comme lieu d'accueil...

#### 2.5.1.1. *Du VIe au XIe siècle : le devoir d'assistance :*

Le clergé français prend très à cœur son devoir de charité et développe des structures d'accueil pour les miséreux, les infirmes, les orphelins, les femmes seules ou avec enfants, mais aussi pour les pèlerins.



« *La vocation épiscopale converge vers les indigents* »<sup>50</sup>

Les acteurs ont pour source de connaissance les recueils de sciences médicales mis à l'abri des pillages dans leurs monastères . Les moines sont donc initialement les gardiens du savoir médical. Au VI<sup>e</sup> siècle, Aurelius Senator Cassiodorus (490;580)<sup>1</sup>, chancelier de Théodoric le Grand réforme la formation des clercs et introduit quelques éléments médicaux dans leur formation.

Mais ces établissements ont vocation à l'accueil, non aux soins ni à la formation.

#### 2.5.1.2. XII<sup>e</sup> à la fin du XVI<sup>e</sup> siècle: les léproseries et les Ordres

*Hospitaliers :*

Face à la lèpre vont être constitués des établissements spécialisés, les léproseries, aussi appelées « maladreries », pour regrouper les patients atteints par cette affection. Ces établissements se multiplieront, 350 sous Louis IX, 450 sous Charles VII. Vers la fin du Moyen Age, suite au recul de la maladie, ces établissements vont fermer ou se convertir en asile, maison de retraite.

Mais le besoin de lieux d'accueil se ressent à travers la création de fondations ecclésiastiques telles que les « maisons-dieu », les congrégations hospitalières, les ordres religieux de spécialisation hospitalière, ainsi que la participation de certains laïcs.

Il n'est fait aucune place au médecin au sein de ces établissements de soins.

#### 2.5.2. Puis comme lieu de soins...

Durant les XIV<sup>e</sup> et XV<sup>e</sup> siècle, le pays est en crise dans les suites de la guerre de Cent Ans (1337-1453), les centres d'accueil sont à l'abandon, délabrés, les conflits internes ruinent la France. S'y associent le fléau de la Peste Noire (1347-1352).

A la fin du XV<sup>e</sup> siècle apparaît la nécessité de formaliser les lieux de soins ; c'est la naissance de l'hôpital comme structure publique, géré de manière administrative par l'État, la plupart du personnel restant des religieux associés à quelques laïcs.

La médicalisation de ces lieux se fera tardivement, à partir du XVI<sup>e</sup> siècle, en y rattachant

un chirurgien et un médecin. C'est aussi le début des visites hospitalières au lit du malade.

2.5.3. ... puis comme lieu de formation.

#### *2.5.3.1. La formation hospitalière pour les chirurgiens :*

Ce n'est qu'au XVII<sup>e</sup> siècle qu'on envisage d'instruire les jeunes médecins au contact des patients en milieu hospitalier, sur l'initiative des chirurgiens.

Il n'y avait qu'un maître chirurgien à l'Hôtel-Dieu, aidé par un chef de clinique, le "compagnon gagnant maîtrise". Ce dernier avait une fonction fortement enviée ; il faisait un stage de six ans riche en apprentissage.

C'est en 1585 que le terme de "gagnant maîtrise" est employé. Il donne le privilège d'être dispensé du diplôme de maître des arts normalement obligatoire pour être maître chirurgien juré, de la soutenance de thèse et du "chef-d'œuvre".

« **L'immatricule** », le premier était une simple formalité, puis la "**tentative**" portait sur la physiologie. Ensuite venait le "**premier examen**", deux mois après la "**tentative**" : neuf maîtres interrogeaient l'élève sur la pathologie chirurgicale. Il y avait ensuite les examens des quatre semaines. D'abord interrogé quatre jours dans la première semaine sur l'ostéologie, le candidat était ensuite questionné sur l'anatomie, les opérations qu'il faisait sur le cadavre ; la quatrième semaine était réservée aux médicaments.

Lors du dernier examen, l'élève devait répondre à des questions sur la thérapeutique chirurgicale, enfin il soutenait une thèse latine sur un sujet de chirurgie devant le doyen de la Faculté de Médecine, deux docteurs régents, le lieutenant du premier chirurgien du roi, les quatre prévôts et des officiers du corps des maîtres en chirurgie.

Enfin il était chirurgien !

#### *2.5.3.2. Mais pas encore pour les médecins :*

Le service médical de l'Hôtel-Dieu était assuré par les docteurs régents de la Faculté. Ces derniers avaient autorité sur les chirurgiens et lors des opérations importantes, comme la trépanation ou l'amputation, trois médecins devaient auparavant donner leur avis et l'un

d'eux assistait à l'acte chirurgical.

En 1658 François de LE BOË (1614;1672)<sup>1</sup>, médecin hollandais, concevait déjà parfaitement le rôle du chef de service hospitalier chargé des soins et de l'enseignement. Malheureusement, à l'époque où a été énoncé son programme, les hôpitaux ne se prêtaient guère à sa réalisation. Ils étaient mal adaptés à l'enseignement, autant qu'à l'hébergement et aux soins.

## CONCLUSION :

A la fin du XVI<sup>e</sup> siècle, la médecine a intégré la vie intellectuelle et sociale en Europe.

La profession médicale, désormais réservée aux laïcs, voit sa position s'affirmer. Des dispositions légales en définissent les statuts, les droits et les obligations, subordonnée à la délivrance préalable d'un diplôme d'État.

Si les conditions d'exercice laissent encore beaucoup à désirer, l'enseignement prend une ampleur jusque là inconnue.

Les frais d'inscription restent élevés, le prix des examens étant même un frein à l'ascension professionnelle.

Les lectures commentées de naguère, figées dans des textes archaïques, font progressivement place à des travaux pratiques et à des discussions libres.

L'enseignement de la clinique est pratiquement inexistant.

Quelques esprits sectaires ou rétrogrades ne manquèrent pas d'entretenir des discussions stériles, telle la querelle portant sur « l'antimoine », ou les contestations du système circulatoire<sup>28</sup> suite aux découvertes de William HARVEY (1578;1657)<sup>1</sup>. La notoriété de certains a trop souvent mis un frein aux évolutions indispensables par leurs critiques fausses et stériles, tel Gui PATIN (1602;1672)<sup>1</sup>, doyen contesté de la Faculté de Médecine de Paris mais détenteur d'un tel pouvoir.

Il perdure de nombreux endroits où les soins ne sont pas ordonnés par les médecins. Dans le meilleur des cas, des moines ou des religieuses déterminent eux même les soins à donner, et se réfèrent au savoir médical. Mais ailleurs la pratique revient aux sans diplômes, aux rebouteux (qui réduisent fractures et luxations) et autres charlatans.

### 3. De la Révolution au XXe siècle : la clinique « structurée » :

#### 3.1. Le Siècle des Lumières prépare le terrain :

Le Siècle des Lumières, daté de 1715, par l'arrivée au pouvoir du régent Philippe d'Orléans (1674;1723)<sup>1</sup> à la prise de la Bastille le 14 juillet 1789, est précurseur de la Révolution Française. Il marque l'avènement de nouvelles idées, en totale rupture avec la tradition monarchique dépassée et prône une lutte contre l'obscurantisme, pour le développement des connaissances et des échanges intellectuels.

Sur le plan médical, on ne jure que par Montpellier malgré l'arrogante prérogative de Paris sur ses rivales de province. La faculté de Paris « formate » ses étudiants, leur fait acquérir une tournure d'esprit figée tandis que Montpellier se veut à jour des récentes découvertes dans son enseignement, développe l'exercice clinique, profitant pleinement de son ouverture sur le bassin méditerranéen.

#### 3.2. 1789-1799 : Dix ans de Révolution :

##### 3.2.1. La refonte du système universitaire :

Le décret d'ALLARDE des 2 et 17 mars 1791 et la Loi LE CHAPELIER<sup>54</sup> du 14 juin 1791 abolissent toute corporation ou groupement professionnel, notamment des médecins et chirurgiens.

*« A compter du premier avril prochain, il sera libre à toute personne de faire tel négoce ou d'exercer telle profession, art ou métier qu'elle trouvera bon ; mais elle sera tenue de se pourvoir auparavant d'une patente, d'en acquitter le prix suivant les taux ci-après déterminés et de se conformer aux règlements de police qui sont ou pourront être faits. »*

Décret d'ALLARDE

L'Assemblée Législative par la Loi du 18 août 1792 supprime les congrégations séculières dont les Universités et le Collège de Saint-Côme.

Le 8 août 1793 puis le 15 septembre 1793, la Convention nationale affirmait " la dissolution et la fermeture des Facultés et organisations enseignantes", mettant fin à six siècles d'enseignement en France; toutes les sociétés scientifiques, sur l'ensemble du territoire de la République disparaissent.

Le vieil édifice universitaire s'effondrait. La médecine, comme les autres professions, échappait ainsi à tout contrôle, et peut, désormais, être exercée sans qu'il soit nécessaire d'avoir fait des études médicales.

La Convention Nationale permit ainsi l'exercice à des médecins improvisés ou peu scrupuleux. Une telle situation ne pouvait qu'engendrer l'anarchie.

### 3.2.2. On réinvente la formation médicale.<sup>55</sup>

#### 3.2.2.1. Félix Vicq d'Azyr :

Félix VICQ D'AZYR (1748-1794)<sup>8</sup>, membre de l'Académie Française et de l'Académie des Sciences proposera le 15 novembre 1790 un « Nouveau Plan de constitution pour la médecine en France »<sup>56</sup> présenté à l'Assemblée nationale.

Cette proposition modifierait l'organisation de la formation, remplaçant les Facultés par des Collèges où les enseignants seraient admis sur concours, développant de nouvelles chaires de spécialités. Le cumul des chaires serait interdit.

Il met le doigt sur la pauvreté de l'enseignement universitaire et propose d'imposer l'anatomie, la dissection, la botanique, la chimie médicale, l'art de formuler, la nosologie et surtout rendre la formation clinique au lit du malade essentielle.

Ses idées ne seront initialement pas suivies puis reprises par GUILLOTIN (1738;1814)<sup>8</sup> qui souhaite remplacer le latin par le français dans les études, rendre le doctorat valable sur l'ensemble du territoire, prône la gratuité de la formation. TALLEYRAND (1754;1838)<sup>1</sup> et CONDORCET (1743;1794)<sup>1</sup> soutiendront également cette idée mais tous rencontreront le même échec.

#### 3.2.2.2. L'avènement des Écoles de Santé<sup>57</sup> :

Un message du Directoire daté de l'an VI prend le ton d'un cri d'alarme :

*“ Le public est victime d'une foule d'individus peu instruits qui, de leur autorité, sont érigés en maître de l'art, qui distribuent des remèdes au hasard, et compromettent l'existence de plusieurs milliers de citoyens... O citoyens représentants, la patrie fait entendre ses cris maternels et le Directoire en est l'organe ! C'est bien pour une telle matière qu'il y a*

*urgence : le retard d'un jour est peut-être un arrêt de mort pour plusieurs citoyens!...  
Qu'une loi positive astreigne à de longues études, à l'examen d'un jury sévère, celui qui  
prétend à l'une des professions de l'art de guérir; que la science et l'habitude soient  
honorées, mais que l'impéritie et l'ignorance soient contenues; que des peines publiques  
effraient la cupidité et répriment des crimes qui ont quelque ressemblance avec  
l'assassinat !".*

(Cité par FOUCAULT)

Reprenant à son compte les grandes lignes du programme de VICQ D'AZYR, Antoine-François FOURCROY (1755;1809)<sup>1</sup> présenta le 27 novembre 1794 un projet de réforme<sup>55</sup> adopté le 4 décembre 1794.

La nouvelle loi décide la fusion de la médecine et de la chirurgie et établit sur le territoire de la République trois Écoles de Santé, à Paris, à Montpellier et à Strasbourg destinées à former, en priorité, des Élèves de la Patrie, soit des médecins et chirurgiens militaires. Ce nouvel enseignement s'ouvrit rapidement aux élèves « libres ».

Les études médicales prenaient une orientation nouvelle avec une forte présence d'enseignement clinique. Cette innovation, attendue et espérée, fut unanimement accueillie comme un immense progrès.

Les études durent trois ans, menées par douze professeurs spécialisés, soit douze chaires. Le grade de professeur dépendait du succès au concours d'admission propre à chaque faculté.

Le 12 juillet 1796<sup>58</sup> le règlement de l'école fixe la distribution des enseignants, impose aux élèves avancés de suivre les leçons des différents professeurs de clinique à l'Hôtel-Dieu, à la Charité et à l'hospice de l'école (qui deviendra hôpital de perfectionnement ou des cliniques) : c'est l'enseignement "au lit des malades".

Le 24 octobre 1796, l'école de santé devient école de Médecine<sup>59</sup>.

### 3.2.3. La laïcisation des hôpitaux : <sup>50</sup>

Le statut des hôpitaux apparaît peu dans les Cahiers de Doléance du début de la Révolution.

*« Tout Homme dans un état d'enfance, d'impuissance, d'infirmité a le droit à des recours gratuits de la part des autres Hommes »<sup>50</sup>*

Le devoir de charité, religieux, fait ainsi place à une obligation sociale. Ceci reprend les idées de MONTESQUIEU (1689;1755)<sup>1</sup> et ROUSSEAU (1712;1778)<sup>1</sup> disant :

« *Tout homme a naturellement droit à ce qui lui est nécessaire* »

Jean-Jacques ROUSSEAU, *Du Contrat social*, L. I

Dans cette idée de laïcisation de soins, le personnel, jusqu'alors appartenant à la congrégation religieuse hospitalière, est démis de ses fonctions. Il est autorisé à poursuivre son activité à titre personnel après avoir prêté le « Serment Civique », issu de la Constitution de 1791 affirmant :

« *Je jure d'être fidèle à la Nation à la loi et au roi et de maintenir de tout mon pouvoir la Constitution du Royaume, décrétée par l'Assemblée nationale constituante aux années 1789, 1790 et 1791.* »

A la fin de la période révolutionnaire, les structures hospitalières sont peu dédiées aux soins des vrais malades, et restent des lieux d'accueil pour nécessiteux, infirmes et miséreux. Le personnel, bien que laïcisé, reste d'origine religieuse.

### 3.3. De 1799 à 1892 : vers la médecine moderne :

#### 3.3.1. La réorganisation de l'enseignement :

Le nombre de diplômés offert par les Écoles de Santé est insuffisant pour satisfaire les besoins de la population : 133 docteurs diplômés pour Paris de 1798 à 1801.

Jusqu'aux réformes napoléoniennes, cet enseignement n'était que peu surveillé, offrant les praticiens réellement compétents à la concurrence directe de charlatans en tout genre, qui s'attribuaient le titre de médecin sur l'obtention d'une simple patente.

Face à la désorganisation toujours plus importante de l'offre de santé, le Consulat sous la direction de Napoléon Bonaparte (1769:1821)<sup>1</sup> légiféra les **10 mars et 11 avril 1803**<sup>60</sup> une réforme complète de la profession médicale. Cette loi réserve l'exercice de la médecine aux docteurs reçus dans les écoles de médecine et aux officiers de santé ayant rempli leurs obligations.

En réglementant à nouveau l'exercice de la médecine, comme l'avaient déjà tenté en 1707 le Décret de Marly, la loi de l'an XI (1802-1803) a redressé la situation.

Le **décret du 17 mars 1808**<sup>61</sup>, organisant l'Université Impériale de France, ne modifie pas le fonctionnement des écoles de médecine, leur rend simplement l'appellation ancienne de Faculté.

La Faculté reste maîtresse de la certification, se maintient face à la concurrence des écoles préparatoires et tient tête à la contestation de leurs compétences par les grands hôpitaux. Ceux-ci assurent une autre formation clinique par le biais de l'externat et de l'internat. L'enseignement hospitalier favorise la recherche et l'expansion des spécialités médicales.

### 3.3.2. La formation universitaire :

#### 3.3.2.1. *Le programme* :<sup>61</sup>

La Loi de FOURCROY établit les indispensables de la formation médicale :

- Fusion irréversible de la médecine et de la chirurgie, la spécialisation ne pouvant s'envisager qu'après un tronc commun.
- Enseignement pratique visuel et manuel dispensé obligatoirement dans les cliniques hospitalières habilitées.
- Sélection par concours des étudiants et des enseignants.
- Reconnaissance universelle du diplôme de docteur en médecine.
- L'entrée dans ces établissements se fait sur concours portant sur la chimie, l'anatomie, l'histoire naturelle et la physique.

La gratuité initiale de la formation médicale sera rapidement abolie, revenant aux frais de l'Ancien Régime.

A partir de 1796, les programmes annuels enseignés sont clairement définis. Ainsi, les étudiants en 1<sup>ère</sup> année sont-ils dénommés les **commençants**. Pour eux, durant le semestre d'hiver, l'anatomie, la physiologie, la chimie médicale et la pharmacie et durant l'été, la matière médicale, la physique médicale et l'hygiène, des séances d'ostéologie, des exercices de bandages et d'appareillage. Pendant quatre mois, dans le même temps, ils ont pour obligation de suivre un stage à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.



Ceux de 2ème année, ou **commencés**, vaquent, l'hiver, à l'étude de l'anatomie agrémentée d'exercices, de la physiologie, de la chimie médicale, de la médecine opératoire. L'été, ils découvrent la matière médicale, les accouchements, des exercices de bandages, d'appareillages. Un stage similaire de quatre mois doit être effectué à la Charité où les étudiants se mettent au service des malades, ce qui constitue la grande nouveauté de cette réforme médicale.

Enfin, ceux de 3ème année, ou encore les **avancés**, finissent leur cursus avec, en hiver, l'anatomie, la chimie médicale et la médecine opératoire. Les exercices sont libres. En été, s'offrent, à eux, la matière médicale, la pathologie externe, la pathologie interne et les accouchements, la médecine légale et l'histoire de la médecine. Le stage clinique dure toute l'année à l'hospice de l'École, sous l'égide de la clinique de perfectionnement où les étudiants soignent activement les malades et voient leurs prestations rémunérées.

#### 3.3.2.2. *Les diplômes et grades* <sup>61</sup>:

Dès le Consulat sont rétablis les examens jalonnant les fins d'année ainsi que la thèse en 1799. Les études sont sanctionnées par un diplôme, le doctorat en chirurgie ou le doctorat en médecine. Des droits universitaires élevés sont perçus: 1300 F pour un doctorat en médecine, soit l'équivalent approximatif de 2700 euros. La somme des frais de la formation médicale s'élève à 18000F, soit 37 000 euros, et ce pour un salaire moyen de 3,50 francs par jour.

Les étudiants doivent également présenter un papier attestant de leurs présences sur les terrains de formation clinique obligatoire, signés par les responsables hospitaliers.

Les doctorants en médecine ou chirurgie devaient suivre pendant trois ans les cours des écoles de médecine, passer cinq examens publics dont deux en latin, et soutenir une thèse écrite en latin ou en français.

#### 3.3.2.3. *Les professeurs* :

L'organisation de l'Université en 1808 prévoit que les postes d'enseignement vacants

soient remplis, sur concours, par les individus issus des établissements en question, induisant l'auto-recrutement corporatif universitaire.

Suite à la loi du 2 février 1823<sup>58</sup>, le corps enseignant doit se présenter au concours de l'agrégation pour obtenir un tel poste, dont l'organisation est laissée à la charge de chaque établissement facultaire. Ce concours sera nationalisé à partir de 1875.

Cette loi augmente le nombre de chaires, passant de douze à seize et soumet les professeurs à la nomination du roi. L'ordonnance royale du 5 octobre 1830 rétablit le concours pour les chaires.

Après 1850, l'âge moyen d'obtention de l'agrégation pour les enseignants en médecine est de 29 ans. Préposés à transmettre un savoir basé sur des références anciennes voire archaïques, ces professeurs ne sont pas intéressés par la recherche. Ce domaine est laissé aux structures de recherche et de formation non universitaire, dit « enseignement libre », dans la première moitié du XIXe siècle. Pour répondre de façon efficace aux besoins de la recherche, les universitaires finiront par s'ouvrir à ce domaine dans un second temps.

#### 3.3.2.4. « *L'enseignement libre* »:

L'enseignement fourni dans les Facultés est quantitativement et qualitativement insuffisant, ne s'adaptant pas ou peu aux découvertes incessantes de la science, notamment dans le domaine de l'anatomo-pathologie.

Se créèrent alors des institutions parallèles, telles que le Musée français 1781 devenu Lycée en 1785, Lycée Républicain en 1793, Athénée de Paris de 1802 à 1849, permettant de compléter la formation, plus ouverte sur les avancées de la science.

L'arrêté du 15 octobre 1813<sup>62</sup> supprime les amphithéâtres particuliers d'anatomie, supprimant les cours « à la sauvette », non rattachés à un établissement officiel. La faculté doit alors faire une place aux professeurs particuliers d'anatomie. Deux nouveaux amphithéâtres sont bâtis à la Faculté de Médecine, dont l'un réservé pour l'enseignement libre.

FARABOEUF (1841 ; 1910)<sup>8</sup> s'oppose à cet enseignement libre et signe la disparition de celui-ci en 1878<sup>63</sup>.

### 3.3.3. L'offre de formation hospitalière :

#### 3.3.3.1. *La place de la clinique et de l'enseignement hospitalo-universitaire :*

La place faite aux étudiants en médecine s'intègre dans une politique globale de réforme hospitalière<sup>50</sup>.

Antoine François FOURCROY (1755-1809)<sup>8</sup>, formé auprès de Félix VICQ D'AZIR, nommé Directeur général de l'Instruction publique fut l'un des plus fervents partisans de la médecine clinique avec implication hospitalière. Dans ses recommandations pour les études médicales, il écrit :

*« Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire »<sup>8</sup>*

Pierre Jean Georges CABANIS (1757-1808)<sup>8</sup>, professeur de clinique à l'école de médecine en 1797, se veut promoteur de la nouvelle démarche médicale faisant de l'observation et de l'examen au lit du malade les bases de la médecine.

*« La véritable éducation du médecin se fait au lit du malade ; on lit trop au lieu d'observer »<sup>8</sup>*

Le statut de chef de clinique est instauré le 21 février 1823, les nommant responsables d'un nombre fixé de lits dans un secteur réservé à leurs pathologies de prédilection avec la charge de formation des internes.

#### 3.3.3.2. *Des hospitaliers enseignent à la Faculté :*

Vers le milieu du XIXe siècle les praticiens hospitaliers veulent participer à l'enseignement délivré par la Faculté et demandent le recrutement des enseignants en dehors de l'agrégation.

Cette réclamation se justifie par des praticiens hospitaliers sur-qualifiés mais statutairement marginalisés et s'intègre dans une conception médicale moderne, renforçant la place de la clinique dans l'apprentissage de la médecine.

Grâce à leurs réclamations seront mis en place des stages hospitaliers obligatoires. Dès 1841 un stage hospitalier d'un an est introduit pour tous les étudiants en médecine en

troisième année, porté à deux ans en 1862.

Par la suite les médecins hospitaliers acquièrent le droit d'enseigner à la Faculté mais restent exclus du cursus universitaire.

### 3.3.3.3. Création de l'internat et de l'externat :

Initiée par CHAPTAL (1756;1832)<sup>1</sup> en 1798, la création de **l'internat des Hôpitaux de Paris** est annoncée par FROCHOT (1761;1828)<sup>1</sup> en 1801. Le texte l'officialisant est daté du 23 février 1802<sup>64</sup>.

Ce concours de l'internat est particulièrement sélectif. Le 13 septembre 1802, le jury retient 24 candidats sur la quarantaine s'étant présentée. Les sessions suivantes voient leur succès tomber à 10-15%. En 1812, la réalité de cette compétition est si féroce que le nombre d'impétrants est de 120 pour seulement 18 postes à pourvoir.

François de LA SIBOUTIE (XIXe)<sup>8</sup> décrit le rôle de l'interne :

*« L'interne voit les malades à leur arrivée, rend compte de leur état, exécute les pansements les plus importants, surveille les pansements ordinaires, recueille et rédige les observations les plus intéressantes, fait la visite du soir. C'est une immense source d'instruction. »<sup>64</sup>*

La première conférence d'internat sera tenue par Martin MAGNON de 1810 à 1871.<sup>64</sup>

Profession essentiellement masculine, les femmes ne seront autorisées à se présenter au concours de l'internat qu'à partir de 1885.<sup>65</sup>

Suite à ce même décret du 23 février 1802 est instauré **le concours de l'externat**<sup>64</sup>. Jusqu'en 1914 le concours sera basé sur un oral de deux fois cinq minutes précédés de cinq minutes de réflexion chaque.

Le statut de l'externe implique de faire les observations, assister la visite. Parfois, en chirurgie, il sert d'aide opératoire. L'externe a le droit et le devoir de se présenter au concours de l'internat. La présence féminine sera autorisée à partir de 1882. L'externat est aisé et, globalement, les deux tiers des candidats aboutissent à une nomination.

### 3.3.4. Une autre pratique du soin :

#### 3.3.4.1. Les « petites écoles de santé » :<sup>57</sup>

Les écoles secondaires de santé, aussi appelées « petits écoles de santé » sont édifiées pour répondre à un manque de formation médicale dans les provinces, induit par la politique de centralisation napoléonienne.

*« Nécessité fait loi par carence de loi écrite »<sup>57</sup>*

Entre 1806 et 1841 vont alors s'ériger des établissements à Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Nancy, Nantes, Orléans, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen Toulouse et Tours. On dénombre a minima vingt élèves par établissements.

En 1820, ces écoles jusqu'alors sous contrôle départemental vont passer sous le joug de l'Université. En 1837, elles deviennent des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. Elles sont tolérées à compter du 18 avril 1825 puis officiellement reconnus comme écoles de plein droit à partir de 1848. Il s'établit une concurrence entre les écoles et les facultés quant à la formation des médecins.

Entre 1810 et 1869, 51 % des docteurs en médecine sortent de ces établissements provinciaux. Le 13 octobre 1840 est votée une loi affirmant et revisitant le statut de ces écoles de santé :<sup>57</sup>

*« Article I - Les écoles actuellement établies sous le titre d'écoles secondaires de médecine et qui seront réorganisées conformément à la présente ordonnance prendront le titre d'écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.*

*Article II - Les chaires d'enseignement sont : chimie et pharmacie, histoire naturelle médicale, matière médicale, anatomie et physiologie, clinique interne et pathologie interne, clinique externe et pathologie externe, accouchements, maladies des femmes et des enfants.*

*Article III - Il y aura dans chaque école six professeurs titulaires et deux adjoints. »*

A partir de 1875 les écoles secondaires de santé deviennent progressivement établissement de plein exercice, se faisant l'annexe de la faculté la plus proche qui gère la partie administrative et les thèses.

Ces écoles sont également autorisées à délivrer l'officiat en 1854. A la fin du XIXe siècle, il existe un programme commun entre les docteurs en médecine et les officiers ; par décision du 23 août 1883, tous les élèves doivent avoir fait trois ans en structure hospitalière avant de postuler à ces écoles.

*« Les docteurs et officiers sont séparés par une version latine »*

#### 3.3.4.2. Les officiers de santé :<sup>61</sup>

De 1793 à la restauration des écoles de médecine en 1803, tout praticien médical est appelé « officier de santé ». Rien ne permet alors de distinguer les médecins légitimement formés des charlatans ayant acheté leur titre.

En 1803<sup>60</sup> pour répondre aux besoins de soignants, notamment sur les champs de bataille, la loi de FOURCROY instaurant le doctorat de médecine crée aussi un « sous doctorat », l'officiat de santé, plus rapide et moins coûteux : seulement 200F contre plus de 1000F réclamés pour un cursus complet de médecine.

Bien que leur liberté de prescription soit totale, ils ont un domaine d'action limitée, les « grands actes chirurgicaux » leur étant normalement interdit sous peine de sanction pénale en cas d'accident. Ces officiers de santé présentent certaines similitudes avec les « petits » chirurgiens de l'Ancien Régime.

L'accueil par la communauté médicale est mitigé ; certains félicitent cette initiative, d'autres tel CABANIS (1757;1808)<sup>1</sup> clameront :

*« Il vaut mieux que les campagnes manquent de médecins que d'en recevoir de funestes »<sup>61</sup>*

Leur rôle tel que décrit par FOUCROY :

*« Les officiers de santé se borneront aux soins les plus ordinaires, aux procédés les plus simples de l'Art, ils porteront les premiers secours aux malades, aux blessés, traiteront les affections les moins graves, s'occuperont des pansements communs et journaliers »<sup>61</sup>*

Un adage fréquemment retrouvé est :

« *Leur science principale devra consister à reconnaître les cas où ils ne doivent pas agir* »

THOURET (1748;1810)<sup>8</sup>

Les candidats à l'officiat pouvaient être admis aux examens après trois années d'études ou cinq années de pratique dans les hôpitaux ou encore après six ans d'apprentissage auprès d'un docteur en médecine. Ils devaient passer trois examens devant un jury composé de deux docteurs et d'un professeur d'une école médicale. <sup>61</sup>

Les officiers voient leur liberté professionnelle d'exercice limitée au département où le titre leur a été délivré. Ils ne sont pas libres de leur installation, qui se fait majoritairement en campagne.

La fin de cette institution est datée du 30 novembre 1892<sup>66</sup>. Les raisons de cette suppression en sont multiples : volonté d'égaliser les niveaux de soins entre les villes et les campagnes, et de former tous les praticiens médicaux de façon homogène.

Ceci aboutira à l'article 1er de cette loi :

« *Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine* »<sup>66</sup>

**1892**

## CONCLUSION :

Les actes de la Révolution ont entraîné une refonte complète du système de formation médicale. Avec la disparition des officiers de santé en 1892, le titre de docteur en médecine est délivré exclusivement par les universités. Sont créés les concours de l'internat et de l'externat. Part belle est faite à la clinique et à l'enseignement hospitalier.

## 4. L'époque moderne :

### 4.1. Evolution de la structure hospitalière :

#### 4.1.1. La Charte Hospitalière de 1941 :

Le système hospitalier en place était l'héritage d'un système vieux de plusieurs siècles, somme toute, peu modifié.

La loi du 21 décembre 1941<sup>67</sup> aussi appelée « Charte Hospitalière » reprend et modernise la législation de ce système hospitalier. Ce n'est plus un lieu de charité pour les miséreux, mais un lieu de soins ouvert à toute la population.

Part belle est faite à l'enseignement, qui se voit passer sous l'égide du ministère de l'Éducation ; l'enseignement clinique est favorisé par l'article 17 :

*« Les Hôpitaux sont tenus de fournir un certain nombre de lits pour le service des chaires de clinique ».*

#### 4.1.2. La création des Centres Hospitaliers Universitaires en 1958 <sup>68</sup> :

Avant 1958 , il existait deux hiérarchies distinctes entre l'hospitalier et l'universitaire <sup>68</sup>:

- Les universitaire : assistants, chef de clinique, agrégés et professeurs
- Les hospitalier : externe, interne, médecin ou chirurgien des hôpitaux, chef de service et adjoint. Cette carrière est basée sur un enseignement clinique et sur les concours hospitaliers pour les postes faisant objet de nomination préfectorale.

En 1958 il existe 12 facultés de médecine : Paris, Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse, Lille, Strasbourg, Bordeaux, Rennes, Nantes, Nancy et Alger. On dénombre également 10 écoles de médecine rattachées aux facultés sus citées : Amiens, Caen, Angers, Clermont-Ferrand, Poitiers, Rouen, Reims, Saint Étienne, Tours.<sup>68</sup>

L'année 1958 est une année charnière correspondant à la création des C.H.U. sur l'idée de Robert DEBRÉ (1882;1978)<sup>8</sup>, déjà proposée à Alger en 1944. Les dispositions concernant la création des C.H.U. et la réforme des études médicales sont réparties entre



le Code de la Santé Publique et le Code de l'Éducation.

L'ordonnance du 30 décembre 1958 n°58-1373 fonde l'hôpital universitaire<sup>68</sup> résultant de la fusion entre les universités et les hôpitaux, avec mise en commun des locaux, du matériel mais surtout du personnel médical.

En 1959 plusieurs points sont à modifier<sup>68</sup>:

- Nécessité d'améliorer la formation de l'année préparatoire à l'entrée en faculté de médecine
- Reculer l'arrivée de l'étudiant en milieu hospitalier,
- La modification de l'externat,
- Le maintien de l'internat avec réglementation plus strict du plein temps hospitalier.

Les responsables se flattent de ce système qui aurait mené la médecine française au haut niveau de l'époque.

Le 22 décembre 1960 sont définies les quatre missions hospitalières: la recherche, le soin, l'enseignement, la prévention.

## 4.2. Un enseignement scientifique cadré :

### 4.2.1. La première année des études de médecine :

Le 20 juin 1878 est instaurée officiellement l'année préparatoire aux études médicales : le P.C.N. pour Physique Chimie Sciences Naturelles. Ce certificat devint obligatoire à partir du 25 juin 1893.<sup>69</sup>

Entre 1905 et 1913<sup>64</sup> on élève le niveau de sélection à l'entrée de la formation médicale pour accroître le niveau de la formation et diminuer le taux de recrutement.

En 1909 les études passent à cinq ans, avec introduction de nouvelles matières telles que la stomatologie, la bactériologie et la radiologie.

En 1932 le certificat est modifié en P.C.B., Physiques Chimie Biologie, renforçant la place de la biologie dans l'enseignement.

De 1945 à 1958, les études, première année préparatrice P.C.B. incluse, hors redoublement, durent sept ans. L'accroissement rapide des connaissances exigent une durée globale d'études plus longue, et des spécialisations.

Passé le P.C.B., le cursus s'étale sur cinq ans, théorie agrémentée de stages hospitaliers puis d'une dernière année exclusivement hospitalière.

L'arrêté du 10 août 1960<sup>70</sup> prône une nouvelle refonte des études médicales. On supprime l'indispensable P.C.B. La durée d'études passe alors de sept à six ans. L'arrêté du 24 août 1963<sup>71</sup> rétablit un certificat préparatoire intitulé « Certificat Préparatoire aux Études Médicales » comprenant 75 % de Sciences et 25 % de Médecine. En 1969 est établi le Premier Cycle des Études Médicales P.C.E.M., avec l'instauration du *numerus clausus* en 1971.

Cette première année est à nouveau modifiée en 2010, prenant le nom de P.A.C.E.S., Première Année Commune des Études de Santé.

#### 4.2.2. L'organisation du tronc commun :

##### 4.2.2.1. *La formation clinique via les stages hospitaliers*

L'enseignement clinique est évalué annuellement par le chef de clinique. A la fin de leurs cursus, les étudiants passent trois épreuves cliniques en chirurgie, obstétrique et médecine générale.

En 1932, les étudiants doivent être présents à l'hôpital tous les jours de l'année, externes ou non, et participer au tour de garde de jour et de nuit.

Tout enseignement médical théorique est doublé par une formation pratique. On introduit une formation scientifique dans le cursus médical, afin d'inciter à la vocation de chercheur. Les travaux de laboratoire accompagnent les étudiants tout le long de leur cursus.<sup>64</sup>

##### 4.2.2.2. *Suite et fin de l'externat*

Suite au décret de juillet 1960, le nouveau programme se répartit sur six ans, au lieu de sept, les trois premiers semestres étant réservés à l'enseignement facultaire, pour acquérir le socle scientifique indispensable à l'apprentissage de la médecine.

Mais face à de nombreux problèmes d'organisation universitaire au niveau national, la durée totale, la répartition du programme fut rétablie sur sept ans en 1963.

Le concours de l'externat est officiellement supprimé le 7 janvier 1969<sup>72</sup>, l'accès se faisant sur l'ensemble des notes des cinq premiers semestres.

Suite à l'acceptation de ce décret, il faut fournir 20 000 places de formation pour les étudiants de toute la France en quatre semaines. Ceci n'est pas sans poser de nombreux problèmes matériels, humains et financiers. La densité de personnel médical hospitalier fixe va être multipliée par quatre de 1966 à 1977. D'après la Fédération Hospitalière de France :

*« Comment concilier la répartition de ces milliers d'étudiants dans les hôpitaux avec la qualité de formation clinique à laquelle ils aspirent très justement et le calme, la discrétion indispensable autour des malades ? »<sup>50</sup>*

La suppression du concours de l'externat va voir l'essor des vocations médicales, passant de 2500-2700 dans les années 1960 à 10 000 en 1975, excessifs par rapport aux besoins nationaux et aux capacités de formation.

D'où l'instauration du numerus clausus le 12 juillet 1971<sup>73</sup>, initialement fixé à 8588 étudiants.

#### 4.2.2.3. Le statut d'étudiant hospitalier :

La législation du statut d'étudiant hospitalier est daté du 8 octobre 1970<sup>74</sup>. Ce statut concerne les étudiants en 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année de médecine. Il est considéré comme Agent Public.

Durant ces trois années d' « externat », l'étudiant effectue 36 mois de stage à l'hôpital, avec au minimum 36 gardes à effectuer. Les stages durent de 2 à 4 mois et sont soumis à validation.

Les étudiants exécutent les tâches qui leur sont confiées par le responsable de l'entité où se déroule la formation dans laquelle ils sont affectés, à l'occasion des visites et consultations externes, des examens cliniques, radiologiques et biologiques, des soins et des interventions.

Ils peuvent exécuter des actes médicaux de pratique courante.

Ils sont chargés de la tenue des observations et sont associés aux services de garde.

Ils participent aux entretiens portant sur les dossiers des malades et suivent les enseignements dispensés dans l'établissement de santé.

Le deuxième cycle, ancien externat, se valide sur les contrôles semestriels, l'assiduité aux stages cliniques et par la validation du C.S.C.T. : Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique défini par l'arrêté du 4 mars 1997<sup>75</sup>.

#### 4.2.2.4. *Les conséquences du L.M.D.*<sup>76</sup>

A partir de 2009, les études médicales entrent dans le processus Licence/Master/Doctorat (L.M.D.), ou « processus de Bologne », visant à l'harmonisation de l'enseignement supérieur au niveau européen, initié le 25 mai 1988 lors du huitième centenaire de la Sorbonne. Le propos est de constituer un « espace européen de l'enseignement supérieur ».

- La première année, soumise au numerus clausus, appelée jusqu'alors P.C.E.M.1 devient P.A.C.E.S. : Première Année Commune aux Études de Santé, regroupant l'entrée en médecine, sage femmes, pharmacie, dentaire, et kinésithérapie pour certains établissements.

Cette réforme fait également suite au rapport BACH de 2008, proposition de refonte de la première année, pour répondre au nombre d'étudiants en échec en première année de médecine ayant des difficultés à se réorienter par la suite.

- Les deux années suivantes s'appellent actuellement D.F.G.S.M. 2 et D.F.G.S.M.3, pour Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales. Au terme de ces trois ans, l'étudiant est donc en possession de ce diplôme. Sont associés une part clinique avec le stage infirmier en début de seconde année et les stages de sémiologie, 400h, réparties entre la 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année.
- Mis en place à partir de 2013<sup>77</sup>, le D.F.A.S.M. ou Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales remplace l'ancien deuxième cycle des études médicales. Il place les stages et la clinique au cœur de la formation, tout en préparant les

étudiants à l'examen classant de fin de cycle.

- Ces étudiants doivent participer au tour de garde.

#### 4.2.3. Le troisième cycle et la spécialisation médicale :

##### 4.2.3.1. *L'internat et la carrière hospitalière :*

En 1948<sup>50</sup> est créé un fond de recherches pour inciter les internes à développer la recherche au sein de l'hôpital. Ceci leur permet d'accéder au diplôme d'études approfondies.

Jusqu'aux années 70, l'internat est d'organisation hospitalière, dépendant du ministère de la Santé, suivant un programme différent de celui de l'université, faisant concurrence à l'enseignement facultaire.

Dès 1993, l'objectif est la disparition de l'internat des hôpitaux, l'internat tendant à devenir troisième cycle de formation spécialisée universitaire et hospitalière, conduisant au D.E.S. ou diplôme d'études spécialisées.

La nécessité de la soutenance de la thèse d'exercice est réaffirmée en 2004<sup>78</sup>.

##### 4.2.3.2. *Les C.E.S. :*

L'enseignement est progressivement découpé en certificats: 25 Certificats d'Études Spécialisées « C.E.S. », pour les spécialités non ressortissantes de l'internat, telles que l'anesthésie ou l'obstétrique, sont proposés après le doctorat. Sur le plan pratique, rien de les distingue d'un interne.

Les C.E.S. sont supprimés par la loi de 1982<sup>76</sup>, mis en application à partir de 1984, les internes et anciens C.E.S. devenant tous internes.

##### 4.2.3.3. *Vers une fusion des formations :*

Les études médicales proposent en 1984 deux filières distinctes à partir du troisième cycle: une filière de préparation à la médecine générale, dite résidanat, et une filière de préparation à la médecine spécialisée, dite internat. Ces deux filières s'appliquent au niveau du troisième cycle des études médicales.

La préparation des Diplômes d'Études Spécialisées (D.E.S.) et des Diplômes d'Études Spécialisées Complémentaires (D.E.S.C.) s'effectue au minimum en quatre ans, cinq pour les D.E.S. de médecine interne, chirurgie générale, gynéco-obstétrique et neurochirurgie ; plus ou moins deux semestres supplémentaires pour les D.E.S.C. du groupe II, donnant droit à une qualification particulière en chirurgie.

Au plus court, la formation d'un médecin spécialiste dure au minimum dix ans. La formation du médecin généraliste est plus courte, puisqu'elle comporte six semestres de "résidanat" (quatre au départ, par deux fois augmenté), qui s'effectuent dès la première année du T.C.E.M., Troisième Cycle des Études Médicales.

#### 4.2.3.4. *Les Examens Classants nationaux :*

L'E.C.N. ou Examen Classant National remplace le concours de l'internat en 2004, faisant suite aux arrêtés du 29 janvier 2004<sup>79</sup> et du 27 février 2004<sup>80</sup>.

Il permet à tous les étudiants terminant leur second cycle d'études médicales d'accéder au troisième cycle ; l'appellation d'internes pour ces étudiants perdure.

Chacun, en fonction de son résultat au concours, a accès à un nombre de postes et de villes limités par son classement.

La première génération des étudiants sélectionnée par l'E.C.N. est préparée depuis la rentrée 2000/2001 avec uniformisation du deuxième cycle et disparition totale de la dualité de l'enseignement hospitalier et universitaire, faisant un concours classant pour l'accès au troisième cycle des études médicales. C'est la fin du double programme universitaire et hospitalier.

Ce nouvel examen valorise également la place du médecin généraliste qui devient interne, au même titre que ces condisciples. Tous sont spécialistes.

D'après l'arrêté du 2 mars 2007, le programme national de l'E.C.N. est divisé en onze modules transdisciplinaires. Ces modules, permettant l'acquisition des connaissances médicales nécessaire à l'exercice de la médecine, sont divisés en items, comprenant chacun un ou plusieurs objectifs d'apprentissage.

En 2016, on franchit une nouvelle étape, celle des « e-ecn » par la voie du S.I.D.E.S.,

Système Informatique Distribué d'Évaluation en Santé. Le but en est la dématérialisation des épreuves classantes et de rendre cet examen plus juste et plus pertinent dans l'évaluation des étudiants. Les questions, jusqu'alors ouvertes, deviennent Q.C.M. Questions à Choix Multiples ou Q.R.O.C, Questions à Réponses Ouvertes Courtes.

#### 4.2.4. Les chargés d'enseignement :

Depuis la seconde moitié du XIXe siècle, les cours sont partagés entre les hospitaliers et les universitaires, les premiers préparant au concours de l'externat puis de l'internat, les seconds à la carrière universitaire.

Il persista un conflit entre ces deux corps de métiers<sup>42</sup>, pourtant très proches. L'agrégation est fortement contestée par les enseignants hospitaliers. Celle-ci se présente d'après eux sur un modèle archaïque, purement théorique. Elle ne peut servir de méthode de sélection aux enseignants-chercheurs.

En 1906 la Commission des études médicales établit un « certificat d'études médicales supérieures » comprenant un volet d'aptitude à la recherche, volet indispensable pour se présenter au concours de l'agrégation, l'objectif étant de développer la recherche française.<sup>81</sup>

On assiste à la multiplication des maîtres de conférence chargés des cours de spécialités. On augmente la productivité scientifique, les postes d'enseignants « ponctuels » annexes et on diminue le nombre de titulaires, ouvrant l'enseignement aux hospitaliers et atténuant le monopole des universitaires.

### CONCLUSION :

La période moderne est marquée par :

- La création des C.H.U.
- La fin de l'externat puis de l'internat
- Le développement de la recherche en sciences médicales

# RESULTATS : DEUXIEME PARTIE : LA FORMATION DU MEDECIN GENERALISTE

## 1. De la création de l'internat en 1802... :

### 1.1. Un peu avant déjà :

#### 1.1.1. Un concept très ancien :

Le concept de « médecin généraliste » est apparu très tôt. Dès l'Égypte Ancienne, on distinguait le « *sounou* »<sup>19</sup>, « le médecin aux pieds nus » ou « médecin du peuple ».

Les facultés de médecine au Moyen-Age formaient des médecins ou des chirurgiens peu spécialisés. L'enseignement de la médecine se basait sur les théories de Galien, impliquant une approche globale, et non centrée sur un organe. Progressivement, les médecins acceptèrent l'idée que la pathologie puisse être liée à une lésion isolée et pas une atteinte du corps dans sa globalité.

La spécialisation médicale apparut vers la fin du XVe siècle. Elle créa le *distinguo* des spécialités à la fin du cursus universitaire commun.

#### 1.1.2. Avec un raisonnement simplifié :

Au sens littéral du terme, c'est le médecin de « tout en même temps ».

Si l'on s'arrête à cette idée de définition, tous les médecins étaient donc généralistes avant le XVe siècle, et le restèrent majoritairement jusqu'au Siècle des Lumières. La révolution médicale qui s'installa progressivement à cette époque fit évoluer les choses.

Mais il serait réducteur de concevoir ainsi la médecine générale, bien loin de la médecine générale telle qu'on l'entend dès le XIXe siècle.

On ne peut pas non plus considérer les praticiens de campagnes, les « marabouts » comme des médecins généralistes, car dépourvus de toute formation officielle, bien que pourvoyeurs d'une médecine de proximité, avec pour certains une vision globale de leurs



patients.

Arrêtons nous à dire que la formation des médecins se fait sur un tronc commun suivi de spécialité mais que la spécialité d'omnipraticien n'existe pas encore.

## 1. 2. Le 23 février 1802 et après :

### 1.2.1. Une formation « de second ordre » :

La création du concours de l'externat et de l'internat en février 1802 accentua l'inégalité entre spécialistes et généralistes.

Différentes possibilités existaient pour acquérir le diplôme de médecin généraliste <sup>82</sup>:

- Certains étudiants passeront le concours de l'externat et celui de l'internat avant de se tourner vers la médecine de campagne, répondant à un désir de « rentrer au pays». Mais ce n'était pas la majorité d'entre eux.
- D'autres s'arrêteront au concours de l'externat, puis au terme de quatre ans pour la plupart, présenteront leur thèse sans passer le concours de l'internat.
- Les autres, les «simples stagiaires» n'ayant passé aucun de ces deux concours bénéficieront d'une formation plutôt médiocre. Les futurs généralistes n'étaient pas intégrés dans la formation hospitalière, tout juste autorisés à observer leurs confrères en exercice.

### 1.2.2. Un « choix » peu reconnu :<sup>83</sup>

On devient médecin généraliste par échec au concours de l'externat et/ou de l'internat, rarement par choix. Ils n'ont pas de carrière hospitalière ou universitaire envisageable.

L'internat comme lieu d'accueil des étudiants leur est interdit. Ils ne participent pas à cette tradition dite « carabine ».<sup>84</sup>

### 1.2.3. A ne pas confondre avec les officiers de santé :

La création des officiers de santé à cette même époque induit une voie qu'il serait aisé de suivre, confondant les omnipraticiens avec ces officiers.

N'oublions pas que ceux-ci n'avaient initialement pas de formation médicale universitaire. Leur rôle initial était plus proche de celui d'un infirmier très qualifié que de celui d'un omnipraticien.

Cependant la définition donnée par Michel Augustin THOURET (1748;1810)<sup>8</sup> des officiers de santé peut porter à confusion:

*« C'est à porter secours dans les campagnes, c'est à soigner le peuple industrieux et actif, qu'ils seront spécialement appelés. La partie la plus nombreuse des familles, la classe la plus étendue de la population de l'État, seront confiées à leurs soins. Leurs fonctions seront plus modestes mais non moins importantes, et l'utilité réelle de leur ministère compensera aux yeux du philosophe et de l'homme instruit ce qu'il aura d'humble et d'obscur pour la multitude »<sup>85</sup>*

## 2. ...à la période d'après Guerres:

### 2.1. Le cheminement européen <sup>86</sup>:

Après la Seconde Guerre Mondiale, on voit émerger une formation spécifique à la médecine générale, en Grande-Bretagne tout d'abord, avec la création du National Health Service N.H.S. en 1948, puis dans divers pays d'Europe.

Dans les années 60, les premiers professeurs de médecine générale sont nommés à Utrecht, à Manchester, en Allemagne. En 1969, aux États-Unis et au Canada, la médecine générale devient une nouvelle discipline, sous le nom de "médecine de famille".

Au début des années 70, les structures académiques de médecine générale se regroupent dans une organisation mondiale, la WONCA : World Organization of National Colleges and Academies of General Practice / Family Medecine. Celle ci nous propose une définition de la médecine générale. (ANNEXE 2)

### 2.2. Le cheminement français :

#### 2.2.1. La révolte gronde :

En 1948 sont créés les C.E.S., rendant les psychiatres et les médecins généralistes seuls non ressortissants d'une spécialité.

En 1958, la loi DEBRÉ<sup>68</sup> sur la création des C.H.U. renforce la valorisation des spécialités au dépend des médecins généralistes. C'est le triomphe de la médecine d'organes et des prouesses de la science.

Face à cet élitisme des spécialistes et de la voie dite royale de l'internat s'élèvent des voies individuelles réclamant une nouvelle formation pour les omnipraticiens.

Dans ce sens, la loi du 13 juillet 1972<sup>87</sup> donne autorisation et non obligation aux étudiants d'effectuer une partie de leurs stages pratiques auprès d'un médecin généraliste.

### *2.2.2. Un troisième cycle dédié à la médecine générale :*

Dans les années 70, les futurs médecins généralistes font six ans de tronc commun avec les futurs spécialistes, puis un stage dit « interné » en septième année, non spécifique, sans réel contenu théorique ou pratique, se rapprochant des stages cliniques des années précédentes.

La commission FOUGERE<sup>88</sup>, formée le 5 juillet 1973, évoque une refonte des études médicales et plus particulièrement du cursus des généralistes.

Elle propose en avril 1975, la création d'un troisième cycle spécifique à la médecine générale d'une durée de deux ans composé de stages d'internat dans une structure hospitalière avec enseignement théorique et pratique ainsi qu'un stage ambulatoire chez un praticien de ville.

Elle précise le 28 mars 1977 dans un second rapport :

- La mise en place d'une formation hospitalière de dix-huit mois dans des services hospitaliers couplé à un enseignement théorique de 150 heures.
- La création d'un stage ambulatoire de six mois chez un praticien de médecine générale, de Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.), de médecine scolaire ou de médecine du travail. Ce stage se déroule minimum sur trois mois, où l'étudiant tient un rôle actif. Les maîtres de stage doivent être agréés, et ne sont pas rémunérés.

Le stagiaire quant à lui est salarié du C.H.U. auquel il se rattache.

Mais cette commission ne remporte pas tous les suffrages : en avril 1977<sup>89</sup>, à l'Assemblée Nationale, il est fait grand débat sur cette réforme.

Gilbert MILLET fait état de la médecine générale en déplorant la qualité de vie peu enviable<sup>83</sup>, la difficulté d'associer qualité d'exercice et qualité de vie. Il demande alors une augmentation du nombre d'omnipraticiens et une revalorisation de leurs fonctions. Il défend l'idée que la médecine générale, moins onéreuse en actes que les spécialistes gagnerait à être renforcée. Il dénonce une formation médicale de valeur distincte :

*« On oppose une conception élitiste d'une science réservée à une minorité et une pratique médicale au petit pied »<sup>89</sup>.*

Il dénonce la commission FOUGERE et la piètre image qu'elle donne de la médecine générale et se veut fervent défenseur de la spécialité :

*« Dans une société où la solitude et l'angoisse augmentent, ne devient-il pas chaque jour davantage, du fait du relâchement des liens familiaux et de l'affaiblissement des croyances religieuses, la personne à laquelle ont recours pour demander un conseil, une aide ou simplement pour être écoutés, ceux qui sont malades ou qui se croient malades ? »<sup>89</sup>*

### **3. Les bouleversements des années 80' et 90' :**

#### **3.1. Les mœurs et la législation :**

##### **3.1.1. Le mouvement européen :**

Au sein de l'Union européenne, plusieurs textes ont progressivement précisé les obligations des États membres :

- la Directive 86/457<sup>90</sup> portant sur la formation spécifique en médecine générale,
- la Directive 93/16<sup>91</sup>, induit l'obligation d'un semestre de formation en centre de soins primaires extra-hospitalier, avec pour échéance janvier 1995.

En 1993, la formation du médecin généraliste est évoquée comme suit par la communauté européenne :

*« La formation est plus pratique que théorique. Elle se déroule sur au moins six mois en milieu hospitalier et six mois dans le cadre d'une pratique de médecine générale ou de soins primaires »<sup>91</sup>.*

La Directive 93/16 définit seulement une période de formation de deux ans minimum avec un minimum de six mois dans un cabinet de médecine générale ; dans certains pays, cette période a été rallongée à trois ans ou plus.

*« L'enseignement sur le terrain par les omnipraticiens demande un rapport numérique enseignants/étudiants tels que ces derniers s'habituent à résoudre des problèmes au lieu d'emmagasiner simplement des faits »<sup>91</sup>.*

Le document de consensus de l'U.E.M.O.<sup>4</sup> (Union Européenne des Médecins Omnipraticiens) de 1994 concernant la formation spécifique de la médecine générale argumente le besoin de prolonger la période de formation à une durée minimum de trois ans en incluant une partie pratique et théorique, dont un minimum de 50% de la formation clinique doit être suivie dans un environnement de médecine générale.

Le A.C.M.T. (Advisory Committee on Medical Training) a accepté la proposition de l'U.E.M.O. et a conseillé à la Commission européenne de revoir la Directive en ces termes : établir une période de formation de trois ans, dont 50% dans un cabinet médical, et une implication et une responsabilité des médecins généralistes à tous les niveaux de la formation en médecine générale.

L'Ordonnance 96/345 du 24 avril 1996<sup>92</sup> prépare pour 1997 l'introduction d'un stage obligatoire de six mois à temps plein auprès des praticiens généralistes, et donc l'allongement du résidanat à deux ans et demi. Cette Ordonnance est fixée par les Décrets et Arrêtés 97/494 du 16 mai 1997<sup>93</sup>, la Circulaire DGS/DGES 97/620 du 24 septembre 1997 confirmée par Décret n°97-1214 du 24 décembre 1997.

Ces idées s'intègrent dans les réformes de l'enseignement supérieur, telles qu'envisagées par le processus de Bologne, visant à former un champ universitaire européen, permettant l'homogénéité des diplômes et de fait, la libre circulation des étudiants et des futurs

praticiens. Nous y voyons un retour sur la « *peregrinatio academia* », plusieurs siècles auparavant.

### 3.1.2. Petit à petit... :

#### 3.1.2.1. *La commission LACHAUX : bilan plutôt négatif :*

La commission LACHAUX<sup>86</sup>, grande étude d'évaluation du 3<sup>e</sup> cycle à la fin des années 80, prévue dans la loi de 1982, tire des conclusions pour le moins sévère :

- Les commissions ou les départements de médecine générale prévus dans chaque U.F.R. ont peu de pouvoir, trop dépendant du bon vouloir du doyen et de sa propension à fournir des biens matériels et financiers.
- Les stages hospitaliers offerts aux résidents étaient souvent insuffisamment formateurs.
- L'enseignement théorique était quantitativement et qualitativement très inégal, avec globalement un faible investissement des hospitalo-universitaires qui se déchargeaient parfois totalement de cette mission sur des médecins généralistes, souvent bénévoles ;
- La situation apparaissait particulièrement critiquable en Île-de-France, surtout pour l'organisation des stages hospitaliers.

#### 3.1.2.2. *De nouvelles réflexions :*

De la commission FOUGERE découle une première production législative. Les dispositions législatives de 31 mars 1978<sup>94</sup>, comme la loi du 23 décembre 1982<sup>95</sup> sur les études médicales et pharmaceutiques en sont les applications.

Mais aussitôt est entamé un nouveau travail de réflexion de 1981 à 1983 par la commission SELIGMANN au Ministère de l'Éducation nationale et la commission ROUX au Ministère de la Santé qui proposent, en avance pour leur temps, la suppression de l'internat et son remplacement par un examen classant, obligatoire pour tous.

Cette proposition rencontre un rejet total des étudiants comme des professionnels médicaux.

### 3.1.2.3. La réforme de 1984 :

C'est finalement au terme d'une dizaine d'années de réflexion et d'expérimentation que la réforme entre en vigueur, à partir de 1984<sup>96</sup>, à distance des directives européennes.

Elle constitue pour la formation des futurs généralistes un changement radical avec :

- L'allongement de la formation spécifique à deux ans,
- La mise en place de structures et de moyens,
- L'implication de médecins généralistes dans la formation théorique,
- L'introduction d'un stage obligatoire chez le praticien
- L'attribution aux étudiants de fonctions hospitalières à temps plein.

Néanmoins, l'internat de médecine générale, instauré par la réforme, est rapidement rebaptisé en « résidanat ».

Le 6 septembre 1985<sup>97</sup> est publié l'Arrêté sur la réforme du troisième cycle de médecine générale, issu des textes précédents.

## 3.2. Le résidanat de médecine générale :

### 3.2.1. La formation théorique :

L'Arrêté du 29 avril 1988<sup>98</sup> précise les domaines sur lesquels porte **l'enseignement théorique** :

- La médecine générale et son champ d'application,
- Gestes et techniques en médecine générale,
- Situations courantes en médecine générale ; stratégies diagnostiques et thérapeutiques, leur évaluation,
- Conditions de l'exercice professionnel en médecine générale et place des médecins généralistes dans le système de santé,
- Préparation du médecin généraliste au recueil des données en épidémiologie, à la documentation, à la formation médicale continue et à la recherche en médecine générale,
- 150 à 200 heures de cours théoriques réparties sur deux ans,

- Une organisation par modules.

Dans leur contenu, les enseignements sont généralement centrés sur des situations fréquemment rencontrées dans la pratique de la médecine générale.

### 3.2.2. La formation pratique :

#### 3.2.2.1. *Toujours à l'hôpital :*

De 1984 à 1996, le stage au cabinet du médecin s'est déroulé parallèlement au stage hospitalier : les résidents, bien que statutairement astreints à effectuer onze demi-journées par semaine à l'hôpital étaient autorisés à aller chez un généraliste pendant 20 à 40 demi-journées, réparties sur trois à six mois.

#### 3.2.2.2. *MAIS apparaît le stage chez le praticien :*

Dès le début des années 70, le stage auprès d'un médecin praticien est apparu comme un élément essentiel de la formation des médecins généralistes. Ces stages se sont rapidement multipliés, alors même que les maîtres de stage n'avaient à l'époque aucun dédommagement financier.

Avec la mise en place de la réforme des études médicales de 1984, le stage chez le praticien est devenu obligatoire pour la validation du troisième cycle.

En mai 1997, deux Arrêtés<sup>99</sup> fixent les modalités d'organisation de ce stage chez un praticien agréé, dont l'un établissant la convention de stage, sensiblement similaire à celle que nous utilisons en 2015. Devant des difficultés d'application, après plusieurs Circulaires, ils n'entreront en vigueur qu'en décembre de la même année.

Le stage peut se situer pendant le 2ème, le 3ème, le 4ème ou encore le 5ème semestre du résidanat ; il peut se dérouler auprès de trois maîtres de stage au maximum, et non pas un seul, comme il était initialement prévu.

La maquette la plus fréquemment retenue est celle de deux à trois maîtres de stage (dont un coordonnateur) par résident ; elle est parfois exploitée, sur un plan pédagogique, pour offrir au stagiaire des modèles diversifiés d'exercice de la médecine (isolé ou en groupe,



masculin ou féminin, urbain ou rural).

Le stage chez le praticien comporte trois phases :

*"Une phase d'observation, au cours de laquelle le stagiaire se familiarise avec son environnement ; une phase semi-active, au cours de laquelle il peut exécuter des actes en présence du maître de stage ; une phase active, au cours de laquelle il peut accomplir seul des actes, le maître de stage pouvant intervenir en tant que de besoin".*

Le stagiaire ne peut recevoir de rémunération, ni de son maître de stage, ni des patients ; les honoraires sont dues au maître de stage.

Durant les deux mois qui suivent le stage auprès du praticien, ou bien une journée par semaine tout au long du semestre, les résidents peuvent effectuer un autre stage extra-hospitalier dans un centre de soins primaires, tel que dispensaire, P.M.I., service de santé scolaire, etc ...

### 3.2.3. La validation du diplôme :

Pour **obtenir la qualification en médecine générale**, qui donne le droit d'exercer, les étudiants doivent valider l'ensemble du 3ème cycle et soutenir une thèse.

La validation du 3ème cycle de médecine générale impose la validation de chacun des éléments de la formation :

- Pour les stages hospitaliers, les cas d'invalidation sont rares ; ils concernent presque toujours des étudiants chez lesquels se révèlent des problèmes psychologiques graves, des troubles du comportement ou une absence longue pour raison médicale.
- Pour le stage chez le praticien "ancienne formule", la validation était quasiment automatique. Pour le stage de six mois, dans de nombreux sites, un livret de stage a été élaboré en collaboration avec les maîtres de stage et les résidents ;
- Pour la formation théorique, la validation est le plus souvent fondée sur l'assiduité. Cependant selon les U.F.R., le contrôle des présences est souvent aléatoire et peu performant.
- La thèse peut être soutenue dès la validation du 3ème semestre de résidanat.

## 4. Ceux qui enseignent :

### 4.1. Les origines du mouvement, pour une spécialité à part entière :

#### 4.1.1. Former les enseignants :

##### 4.1.1.1. *Au niveau européen :*

Au niveau européen, le groupe de Leeuwenhorst donne naissance en 1992 à l'European Academy of Teachers in General Practice / Family Medicine (E.U.R.A.C.T.), association qui regroupe des enseignants de médecine générale venant de 26 pays, et qui est maintenant intégrée dans la Société Européenne de Médecine Générale, section européenne de la W.O.N.C.A, créée à Strasbourg en 1995.

##### 4.1.1.2. *En France :*

La formation des futurs généralistes est initialement assurée par des hospitaliers et par quelques médecins généralistes. L'organisation en binôme (un généraliste et un hospitalo-universitaire ou un praticien hospitalier), qui était la référence courante, est remise en cause. Il n'y avait pas d'enseignants formateurs spécifiques à la médecine générale.

Dans la très grande majorité des cas, qu'il s'agisse de préparer ou d'assurer les enseignements, les universitaires et hospitaliers laissent le terrain libre aux généralistes, parfois aidés par des intervenants extérieurs.

Il a fallu créer une école formant les enseignants, sur le constat suivant : acquérir les bases de la pédagogie pour chaque formateur, une spécialité à part donc une formation à part, des outils de travail différents de la pratique hospitalière.

Pour répondre à ce besoin fut créée l'école de « Riom »<sup>100</sup>, issu de fonds privés, pour la formation pédagogique des enseignants de médecine générale. En 1984, elle fut absorbée par le C.N.G.E., créé en 1983, qui assure aujourd'hui, par de nombreux regroupements annexes, la formation des généralistes enseignants.

En 1973 fut créé la S.F.M.G. « Société Française de Médecine Générale » puis en 1977 la

S.F.T.G. « Société de Formation Thérapeutique du Généraliste ». En 1975, la S.F.M.G. crée l'Institut de Formation de l'Enseignement de la Médecine Générale.

Dans le même temps, les colloques sur la formation des généralistes et l'avenir de la médecine générale se sont multipliés, ainsi que les expériences pédagogiques. Grâce à la volonté de quelques pionniers universitaires et généralistes, certaines U.F.R. ont ainsi mis en place des enseignements de médecine générale et des stages, par exemple à Tours, Nancy, Bordeaux, Bichât, Créteil, Bobigny.

#### 4.1.2. Structurer un enseignement :

##### 4.1.2.1. *Un contenu :*

Se créèrent également les pôles recherche pour développer une science spécifique à la spécialité, différents des protocoles issus des sociétés savantes et des recommandations hospitalières.

Le Centre de Documentation en Médecine Générale créé en 1986<sup>101</sup>, issu de l'Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Évaluation Continues (U.N.A.F.O.R.M.E.C.), a représenté depuis cette époque un élément puissant de dynamisation du secteur recherche. Une banque de données de 25.000 références issues de la littérature française et internationale, sélectionnées en fonction de leur qualité scientifique et de leur pertinence pour un exercice généraliste permet de répondre aux demandes qui nous parviennent, et de soutenir ou d'initier de nombreux travaux de recherche ainsi que de thèses.

##### 4.1.2.2. *Une méthode*<sup>102</sup> :

Dans les années 50 et 60 est développée une approche « par objectifs ». Le propos est de structurer les connaissances indispensables à acquérir, face à l'accroissement des savoirs et du nombre d'étudiants.

A partir des années 70 est instaurée l'approche par « compétences ». La compétence est définie comme « un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations ». Autrement dit, résoudre les questions posées en prenant en charge tous les

aspects du patient, dans toute sa complexité.

Les méthodes pédagogiques actuelles, inspirées par le modèle de la formation médicale continue, sont avant tout fondées sur l'interactivité, la présentation et la discussion de cas en situation ; elles sont parfois plus explicitement orientées vers la résolution de problèmes.

## 4.2. Une réorganisation universitaire indispensable:

### 4.2.1. Le cadre institutionnel du résidanat :

Le **cadre institutionnel** du résidanat est à nouveau défini par le Décret du 7 avril 1988<sup>103</sup>, modifié par le Décret du 16 mai 1997.

- Il est placé sous la responsabilité d'un enseignant chargé de coordonner l'organisation des enseignements théoriques et pratiques. Cet enseignant est désigné par le directeur de l'U.F.R. pour une période de trois ans renouvelable ;
- L'enseignant coordonnateur est assisté soit par un département de médecine générale, soit par une commission de coordination et d'évaluation du troisième cycle de médecine générale.

Outre les différences de statuts entre commissions et départements, les moyens tant matériels que financiers mis à disposition sont souvent insuffisants ou du moins très variable d'un établissement à un autre.

### 4.2.2. Les départements de médecine générale :

Le "Conseil" du Département de Médecine Générale (D.M.G.) regroupe les membres du "Bureau" , ainsi que des hospitalo-universitaires, des généralistes enseignants , d'un hospitalo-universitaire représentant le département de santé publique, d'hospitaliers non-universitaires représentant les hôpitaux généraux, de représentants des étudiants.

Le D.M.G. regroupe des Maîtres de Stages Universitaires (M.S.U.). Ils peuvent également exercer une fonction d'attaché, de chargé d'enseignement, de maître de conférences ou de professeur.

Au total, reprenant les recommandations européennes de 1993<sup>91</sup>, renouvelées dans la Directive Européenne d'octobre 1997<sup>104</sup>, de part le Décret français de décembre 1997<sup>105</sup>, le cursus se présente de la façon suivante<sup>86</sup> :

- L'accès en premier cycle est libre pour les diplômés du baccalauréat. Depuis l'instauration d'un numerus clausus national en 1972, la sélection s'effectue, sur concours, à la fin de la première année universitaire. Les candidats ne peuvent présenter que deux fois le concours, qui est organisé au sein de chaque faculté.
- Le premier et le deuxième cycles sont un tronc commun pour tous les étudiants en médecine. La formation se déroule à l'université et à l'hôpital, sans contact réglementairement prévu avec le secteur libéral. Pour entrer dans le troisième cycle, les étudiants doivent avoir validé le deuxième cycle, et notamment obtenu le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (C.S.C.T.) ;
- Le troisième cycle est organisé en deux filières : le résidanat, ou troisième cycle de médecine générale, pour la formation des médecins généralistes, et l'internat pour la formation des médecins spécialistes. Alors que l'accès au résidanat est direct, l'internat est régulé par un concours, que les étudiants peuvent présenter deux fois (il y a environ deux candidats pour un reçu). Le résidanat dure deux ans et demi, l'internat quatre à cinq ans.

## **5. Les années 2000:**

En 2002 est initié le projet des E.C.N., répondant à la demande de suppression du concours de l'internat, tournant dans l'histoire de la médecine générale. Le programme se veut plus transversal, intégrant un enseignement de médecine générale.

### **5.1. L'interne de médecine générale :**

Le statut de l'interne de médecine générale est défini par plusieurs textes de loi :

Le 16 janvier 2004 article 14<sup>79</sup> définissant les devoirs de l'interne :

- *Dans le cadre de ses fonctions hospitalières, effectuer un semestre de formation*

*dans les services agréés pour la médecine générale des centres hospitaliers universitaires*

- *Dans le cadre de ses fonctions extra-hospitalières, effectuer un stage d'un semestre auprès de praticiens généralistes agréés dits « maîtres de stage ». Ce stage peut se dérouler auprès de plusieurs praticiens. Le maître de stage doit exercer son activité professionnelle depuis trois ans au moins et être habilité par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale dont relève l'interne, après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche médicale selon des modalités définies par arrêté des ministres chargés, respectivement, de l'enseignement supérieur et de la santé. »*

L'article 23 précise les modalités institutionnelles d'enseignement :

*« ...Pour le diplôme d'études spécialisées de médecine générale, l'enseignant-coordonnateur est assisté, dans chaque unité de formation et de recherche médicale de la subdivision, soit par un département de médecine générale créé par l'université en application de l'article L. 713-3 du code de l'éducation, soit par une commission de coordination et d'évaluation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale... »*

L'arrêté du 22 septembre 2004<sup>78</sup> fixant la liste des diplômes de spécialités reconnaît la médecine générale comme spécialité à part entière. Le praticien diplômé à partir de 2007 devient alors « praticien spécialiste en médecine générale ».

L'annexe V<sup>106</sup> faisant suite à l'Arrêté du 22 septembre 2004 modifié par l'Arrêté du 4 octobre 2011 définit la maquette de médecine générale, tant sur le plan pratique que théorique. Mais les critères de validation de ce D.E.S. ne sont pas statutairement définis et laissés au jugement des différents D.U.M.G. (Département Universitaire de Médecine Générale).

## 5.2. Le stage chez le praticien :

L'Arrêté du 18 juin 2009 repris le 18 novembre 2015 réaffirme l'obligation d'un stage d'initiation à la médecine générale de six mois dès le deuxième cycle.

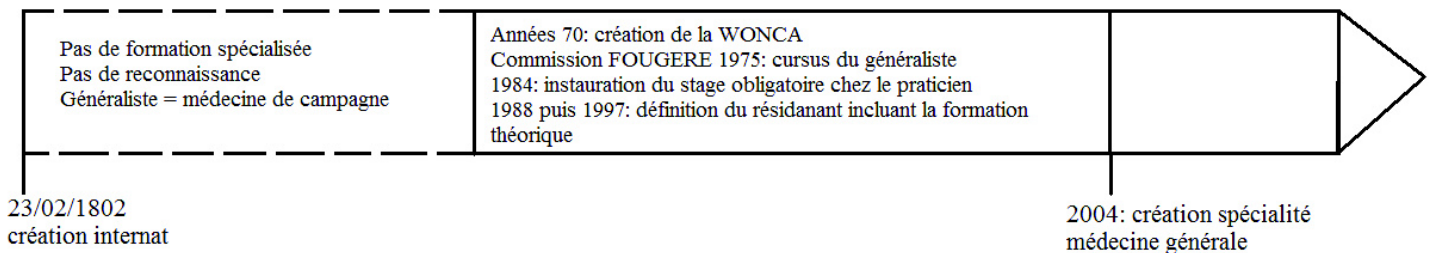
Durant le troisième cycle de médecine générale, l'interne doit effectuer au moins six mois en stage dit de premier niveau, supervision directe , puis à nouveau six mois en Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (S.A.S.P.A.S.).

## CONCLUSION :

Initialement très peu considérée, échec des externat et internat de Paris, sans formation spécifique, la médecine générale est désormais reconnue comme une spécialité médicale à part entière, munie d'un cursus universitaire propre.

Avec le stage d'initiation en deuxième cycle puis les stages de premier et deuxième niveau en troisième cycle, elle ouvre la formation médicale sur la ville et la pratique libérale.

Spécialité à part entière, concernée par une population distincte des centres hospitaliers, elle développe actuellement un pôle recherche « en soins primaires ».



Récapitulatif chronologique des études de médecine générale

# SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

## 1. Les études de médecine :

### 1.1. Des examens tout au long du parcours :

#### 1.1.1. Le recrutement à l'entrée :

En Mésopotamie comme en Égypte, les étudiants étaient originaire des castes les plus élevées de la société. On peut parler de « recrutement social ». En Grèce, comme dans la Rome Antique, la descendance d'une famille de médecins ou le recrutement auprès d'un maître reconnu justifiaient la formation.

Au Moyen-Age, la première sélection se faisait sur l'acquisition indispensable du titre de Maître des Arts.

À partir de 1796, l'admission en École de Santé se faisait déjà sur concours portant sur l'anatomie, la chimie, l'histoire naturelle et la physique. En 1893, cette sélection scientifique se voit formalisée par le P.C.N., obligatoire pour l'entrée en faculté de médecine. Renommé P.C.B. en 1932, il sera supprimé en 1960 puis ré-établi en 1963 devant l'afflux massif des étudiants, baptisé « Certificat Préparatoire aux Études Médicales ». Le premier cycle des études est instauré en 1969, sanctionné par le *numerus clausus* à partir de 1972. Cette première année sera appelée Premier Cycle des Études Médicales 1<sup>ere</sup> année, jusqu'en 2010 où elle fut remplacée par la Première Année Commune des Études de Santé actuellement en vigueur.

Depuis les débuts de l'enseignement, l'accès aux études de médecine est sélectif, tant sur le plan social que sur le plan intellectuel.

#### 1.1.2. Les examens jalonnant le cursus:

Avant la création des universités, il n'est pas retrouvé de traces probantes d'une quelconque validation des connaissances en cours de cursus.

Les examens principaux sont le Baccalauréat, établi au XV<sup>e</sup> siècle, la Licence, établie au



XIIe siècle et le Doctorat établi au XIIIe siècle.

La Licence disparaît des cursus à partir des réformes napoléoniennes mais le processus européen actuel débuté par le processus de Bologne vise à rétablir cette étape, en y adjoignant la nouveauté du Master.

La thèse, dont on retrouve trace dès 1539, et probablement avant, est renouvelée par les réformes napoléoniennes de 1799, et confirmée à nouveau en 2004.

On retrouve les mêmes appellations des différents examens sanctionnant le parcours depuis plus de 800 ans, d'organisation et de contenu différents selon les périodes.

On retrouve également des examens intermédiaires, sous la forme des oraux dans la méthode scolastique du Moyen-Age, ou de contrôles semestriels dans la pratique actuelle.

La période de l'internat et de l'externat qui a marqué les esprits de plusieurs générations de patients et de médecins est aujourd'hui révolue.

#### 1.1.3. Des modes d'enseignement et des enseignants:

Nous sommes passé d'une relation de proximité avec le maître enseignant en petit groupe, voire d'une certaine dualité dans le compagnonnage, à un enseignement « de masse » à travers les cours magistraux et quelques cours en effectif réduit mais avec des praticiens ponctuels, variables, sans relation sociale établie avec les apprenants. L'introduction des enseignements dirigés, sur le mode du tutorat, a permis d'établir une proximité avec les enseignants.

#### 1.1.4. A l'échelle européenne :

Les réformes du L.M.D. et du « pôle universitaire européen » permettent une mobilité étudiante accrue. On retourne d'une certaine façon à la « peregrinatio academia » du Moyen-Age, permettant une expérience très enrichissante à tous points de vues.

## 1.2. La durée du tronc commun :

	<i>Nombre d'années d'études</i>										
<i>Période</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Égypte											
Durée inconnue durant les différentes périodes avant les Universités											
Salerne	Période préparatoire Lettres			Médecine							
Moyen-Age	Période préparatoire Lettres			Pré-Bac		Période Pré-Licence Puis 6 mois à 2 ans avant le Doctorat					
Napoléon	Préparatoire	Médecine									
1909	Préparatoire	Médecine									
1945	Préparatoire	Médecine									
1960	Médecine										
1963 à maintenant	Préparatoire	Médecine									

Tableau : Durée des Études de médecine selon les périodes historiques

Des études toujours longues, pour une somme de connaissance théorique et pratique à assimiler.

## 1.3. Le contenu des études en constante évolution :

### 1.3.1. Les théories médicales :

Aux origines, la médecine ne se concevait pas sans une part de religieux.

Se développa la théorie humorale dans la Grèce Antique, développée par HIPPOCRATE puis GALIEN, théorie autour de laquelle s'organisa la pensée médicale durant près de mille ans. Parallèlement, l'influence de l'Église gelait le développement des sciences. Il fallut attendre le XVIIe et XVIIIe siècle pour voir se détacher une médecine indépendante. La période glorieuse de la science médicale débuta au XIXe siècle et se poursuivit au XXe siècle, nous menant à une médecine très scientifique. Plus de science empirique mais une médecine basée sur les preuves, sur une recherche majoritairement hospitalière, laissant très peu de place à l'interprétation individuelle.

### 1.3.2. La place de la clinique:

Le rôle fondamental de l'approche clinique de la médecine, de la formation « au lit du malade » est souligné dès HIPPOCRATE et l'école de Cos. On retrouve les étudiants dans les hôpitaux de l'Empire byzantin et dans le monde médical arabe. L'école de Salerne préconisait également cette pratique clinique que l'on retrouva modestement à Montpellier, et nullement à Paris.

Il faudra finalement attendre les réformes napoléoniennes pour que la clinique soit consacrée à la place qui lui revient.

La sémiologie fine telle que décrite par les auteurs du XIXe siècle et de la première partie du XXe siècle est peu connue actuellement des étudiants. La médecine moderne se base sur des examens complémentaires toujours plus performants qui rendent désuète une partie de cette sémiologie.

## 1.4. Les établissements de formation:

### 1.4.1. L'organisation universitaire :

Initialement peu structurée, sans toit ni administration, la formation médicale s'est constituée sa place dans le mouvement universitaire du XIIe siècle. Progressivement les facultés de médecine imposèrent leur primauté, excluant toute forme d'enseignement libre.

Les facultés de médecine sont actuellement la seule autorité reconnue à former des médecins.

### 1.4.2. L'ouverture de l'hôpital :

Il faudra attendre le XVIIe siècle pour que les hôpitaux s'ouvrent aux soignants. Jusqu'alors, c'étaient des établissements d'hébergement et de réconfort. Initialement limité aux chirurgiens et à leurs apprentis, il fallut attendre le XVIIIe siècle pour voir y apparaître les premiers médecins. Les réformes napoléoniennes intégrèrent enfin les médecins et leurs étudiants dans la pratique hospitalière quotidienne.

Depuis 1932 les étudiants sont tenus à une présence hospitalière quotidienne et à la participation au tour de gardes.

La loi DEBRÉ sur les C.H.U. de 1958 renforça ce lien entre la faculté et les hôpitaux, intégrant le cursus dans une pratique hospitalo-universitaire.

### 1.5. La population étudiante :

L'ouverture des études médicales aux femmes est un phénomène assez récent, datée de la seconde partie du XIXe siècle.

Le coût des études a toujours sectorisé un profil d'étudiants, venant de milieu aisé, issu de la bourgeoisie ou plus rarement de la noblesse. Encore aujourd'hui, peu nombreux sont les médecins issus de milieu ouvrier ou plus rural<sup>107</sup>. Mais ceci reste vrai dans l'ensemble de l'enseignement supérieur universitaire. On conserve un certain « profil » d'étudiants participant à ces études.

## 2. Le parcours de la médecine générale :

Initialement on pouvait considérer tous les médecins comme des omnipraticiens. L'essor des spécialités d'organes et de la chirurgie à partir du XVIIe siècle ainsi que l'engouement pour la pratique hospitalière incarnée par l'internat dès 1802 ont fait de la médecine générale une médecine de second ordre, « moins noble ».

La période d'après Guerres rencontre le mouvement européen des médecins généralistes, marquant le début d'une ère de changement.

La création d'un troisième cycle de médecine générale dans les années 70, l'ouverture à la pratique de ville en 1972, puis l'obligation de ce stage chez le praticien en 1990, toutes ces étapes ont contribué à créer un enseignement universitaire de la médecine générale.

C'est actuellement une spécialité en pleine expansion. De part l'originalité de ses missions, elle déploie un pôle recherche qui se doit d'être distinct du pôle hospitalier, la recherche en soins primaires. Ses enseignants sont investis de former les futurs praticiens à toute la complexité de leur exercice résidant dans la prise en charge globale de leurs patients.

## DISCUSSION

### 1. Les Limites de ce travail :

#### 1.1. Les biais d'une démarche historique :

Toutes les études d'un phénomène historique sont soumises à certains biais inéluctables.

Le premier, et le plus invalidant, est **le manque de données selon les périodes**. Avant l'invention de l'écriture, peu d'informations sont exploitables dans notre domaine d'intérêt. Plus on s'éloigne dans le temps, plus les données prêtent à controverse car maintes fois reproduites, traduites, potentiellement interprétées donc d'un niveau de preuve plutôt bas.

Les documents recueillis, écrits par des auteurs contemporains des faits, sont soumis au **biais de narration**, propre aux témoignages. Un témoignage est toujours potentiellement partial, partiel, déformé ou erroné, volontairement ou non.

Mentionnons également le **biais de traduction**. Une partie des documents utilisés était en langue étrangère ou traitait d'un document original non français. Le travail de traduction, même d'excellente qualité, amène à des erreurs d'interprétation.

C'est une **analyse rétrospective** donc à risque de retranscription d'une information parcellaire. La multiplication des sources et leur concordance permettent de diminuer les conséquences de ce biais.

Les « **témoignages volontaires** », les informations formalisées type textes de loi ou recueil de données financières sont une base indirecte de données. Ces documents apportent des informations plus fiables car non soumis à interprétation, en admettant la véracité des faits établis. Leur niveau de preuve est plus fort.

## 1.2. Un recrutement non exhaustif :

Parmi l'ensemble des documents potentiellement disponible, la méthode utilisée a nécessairement rendu le recrutement non exhaustif. Nous parlons alors de **biais d'enquêteur** ou **biais de subjectivité**.

Nous y adjoindrons alors le **biais de temporalité**. LANGLOIS et SEIGNOBOS<sup>7</sup> écrivent :

*« Une histoire où aucun fait ne serait sacrifié devrait contenir tous les actes, toutes les pensées, toutes les aventures de tous les hommes à toutes les époques. Ce serait une connaissance complète que personne n'arriverait à connaître, non faute de matériaux, mais faute de temps. »*

*« La quantité des documents qui existent, sinon des documents connus, est donnée ; le temps [...] la diminue sans cesse ; elle n'augmentera jamais [...] l'histoire dispose d'un stock de documents limité. »*

## 2. La formation pratique :

### 2.1. Durant le tronc commun :

Au fil des résultats, nous avons constaté combien riche était l'enseignement théorique des études de médecine. Mais finalement peu de place semble faite à une formation pratique. L'enseignement de la sémiologie, faite en première partie de tronc commun, repose essentiellement sur des descriptions livresques. Lors des stages hospitaliers, les jeunes étudiants sont supervisés par les externes, eux même supervisés par les internes, eux mêmes formés sur le même modèle, et soumis aux diverses contraintes affiliées à une pratique hospitalière très chronophage.

La Revue Prescrire en 2015<sup>108</sup> souligne le manque de savoir-faire des étudiants, confrontés à un bachotage théorique indispensable à la réussite de leurs examens, au détriment d'un apprentissage plus technique.

Certaines facultés, comme la Faculté de médecine de Brest<sup>109</sup>, ont ouvert leurs centres de simulation<sup>110</sup> à la formation en sémiologie, aux gestes techniques importants à acquérir

durant cette première partie de tronc commun. Le phénomène étant encore récent, une évaluation de retour d'expérience sur l'ouverture de ces centres devrait intervenir dans les années à venir.

La médecine générale, spécialité clinique par excellence, semble également un bon terrain de stage pour une formation sémiologique optimale. Profiter de la présence d'un praticien senior à temps complet qui ferait profiter un étudiant des différents signes présents sur chaque patient vu individuellement serait un riche enseignement.

## 2.2. En D.E.S. de médecine générale :

Plusieurs études portent sur les gestes techniques en médecine générale et sur la formation des étudiants à ce futur exercice.

En 2006, la thèse de Sylvie LABORDERE<sup>111</sup> intitulée « La formation aux gestes techniques de médecine générale: à propos d'une étude réalisée à Toulouse en 2005 auprès de 65 étudiants de troisième cycle, portant sur trois gestes techniques » rapportait une formation technique insuffisante regrettable, non structurée.

Plus récemment, Emilie DAULIER<sup>112</sup> en 2014 traitant « L'enseignement des gestes et techniques en France: entre disparités et consensus » démontra une volonté à l'échelon national de proposer aux internes de médecine générale un enseignement pratique adapté à leur pratique. Cet aspect est en plein développement, comme la spécialité en elle même.

On pourrait suggérer la rédaction d'un manuel officiel des gestes techniques, faisant office de référentiel.

Il appartient également à l'interne, comme au praticien installé, de présenter un effort de formation continue. Se former auprès de spécialistes d'organes libéraux prêts à nous recevoir ne semble pas exclu.

## 3. La médecine générale :

### 3.1. La recherche en soins primaires<sup>113</sup> :

La W.O.N.C.A. préconise le développement de la recherche pour donner à la spécialité une légitimité à la fois gouvernementale, sanitaire et scientifique.

L'effectif de population à disposition de la médecine de première ligne permettrait des études d'une puissance conséquente, donc d'une plus grande portée : en 2003, on dispose de 4,9 consultations par habitant.<sup>113</sup>

Pour argumenter ce domaine scientifique en pleine expansion, le travail de l'I.N.S.E.R.M., bien qu'un peu lointain à présent (2006) est très éclairant<sup>113</sup> :

- Il est nécessaire de produire des connaissances scientifiques utiles aux professionnels de santé qui sont en première ligne pour répondre aux besoins des patients, et dont l'activité recouvre une part majeure des soins dispensés dans le système de santé.
- La recherche actuelle basée sur des sources hospitalières ne correspond pas à la population rencontrée en médecine générale.
- Il est logique de donner les moyens à la médecine générale, devenue spécialité médicale au même titre que les autres, de produire les connaissances scientifiques nécessaires au progrès de leur pratique.
- Cette recherche sera d'abord clinique et épidémiologique. Mais elle devra aussi intégrer les dimensions psychologiques et sociales de la demande de soins qui leur est adressée par les patients, et l'analyse des comportements des médecins et des malades tiendra dans ces travaux une part importante. La part interventionnelle interviendrait dans un second temps.
- Cette recherche devra par ailleurs s'inscrire dans une perspective plus large, qui est celle de la recherche en soins primaires. Cette ouverture implique la création d'équipes multidisciplinaires, d'un travail en réseau à l'échelon local et inter-régional.

La recherche en soins primaires passe également par les D.U.M.G. à travers l'exercice de la thèse, les stages recherches, les clinivats. Un regret en est la faible valorisation par la publication. L'organisation universitaire a permis une organisation locale et inter-régionale de ces recherches.

Les Sociétés Savantes de Médecine Générale, telle la S.F.T.G., S.F.M.G. et le C.N.G.E.



avec son pôle recherche créé en 2003 y contribuent. Citons certaines revues de publication pour la diffusion des découvertes : « Exercer » du C.N.G.E., Le Concours Médical, La Revue du Praticien de Médecine générale .

Une des difficultés de la médecine générale réside dans la prise en charge globale de ses patients. La recherche porte donc sur la complexité. STENGERS<sup>114</sup> définit cet espace de recherche comme à cheval entre le qualitatif et le quantitatif, soit un troisième modèle de recherche, ou troisième culture : « = milieu où puisse se développer l'indispensable dialogue entre la modélisation mathématique et l'expérience conceptuelle et pratique de ceux qui décrivent la complexité humaine ».

L'incitation à la recherche auprès des étudiants et des internes, en 2005<sup>115</sup>, semblait peu développée. Le rapport de l'I.N.S.E.R.M. préconisait dès 2006 une stimulation précoce à la recherche. Mais notons une variabilité inter centre et une probable évolution en dix ans.

### 3.2. Quel modèle de formation idéale ?

Une étude menée en 2011 par Paula PALMA<sup>116</sup> à Rouen portant sur « Évaluation des enseignements du D.E.S. de Médecine générale de Rouen: une étude qualitative par focus group » concluait que les étudiants n'étaient alors pas satisfait de la formation théorique dans le cadre du D.E.S. Ces réticences s'expliquaient en partie par la non compréhension des méthodes pédagogiques ainsi que la méconnaissance des objectifs de l'enseignement.

Il existe déjà des travaux ayant porté sur les attentes des étudiants vis à vis de leur formation de D.E.S. La thèse de Tiphaine CATHALAN<sup>117</sup> « Formation des internes de médecine générale: Opinions et attentes des internes vis-à-vis du D.E.S. "idéal" » soutenue à Créteil en 2015 s'intéressait à l'ensemble des facultés de France.

Son travail « a montré que 63.8% des internes de médecine générale ne souhaitaient pas laisser la maquette du D.E.S de médecine générale telle quelle , sans pour autant augmenter la durée du D.E.S. ni augmenter le nombre de stages différents quitte à réduire leur durée.

En revanche 68.7% des internes souhaitaient augmenter la formation ambulatoire en y incluant le pôle mère enfant et 46.4% des internes déclaraient vouloir augmenter la

formation en MG ambulatoire sans modifier la durée du D.E.S mais en diminuant le nombre ou la durée des stages hospitaliers alors que 42.9% étaient contre cette idée. »

« Concernant la maquette des enseignements du D.E.S « idéal », les cours magistraux en petits groupes étaient considérés comme utiles par 77.8% . Venaient ensuite, les groupes d'échanges de pratique interactifs avec 71.2% puis la participation à des congrès pour 69.1% des internes.

A l'inverse, les cours magistraux en grands groupes ne semblaient utiles que pour 25.0% des étudiants et les travaux d'écriture clinique pour 24.2% des internes en D.E.S. de médecine générale. Concernant les tests de lecture de revue de médecine générale, les avis étaient partagés. »

L'opinion des internes est importante mais une autre étude intéressante pourrait porter sur les ambitions des enseignants, si toutes les contraintes pratiques n'existaient pas.

### 3.3. L'ouverture sur la ville :

#### 3.3.1. Le rôle du maître de stage :

##### 3.3.1.1. *Le compagnonnage :*

Comme nous l'avons vu dès la Grèce Antique Hippocratique, le compagnonnage fut une étape fondamentale de la formation médicale. On retrouve aujourd'hui dans la relation de dualité maître de stage-étudiant cette relation si particulière, de façon quasi exclusive dans le 3e cycle.

Le concept de compagnonnage est décrit dans l'article R-4127-18-1 du code de la Santé Publique.<sup>118</sup> Le maître a plusieurs rôles auprès de son élève : formation à la déontologie, devoir d'exemplarité, autonomisation progressive, formation à l'indépendance professionnelle, l'initiation à la formation médicale continue, un exercice montré avec « tact et mesure ».

##### 3.3.1.2 . *Les retours sur les stages en ville :*

L'étude menée par la Commission des jeunes médecins du Conseil de l'Ordre entre le 27

avril et le 10 juin 2015<sup>119</sup> constate que 10 % des étudiants en dernière année de deuxième cycle ne serait jamais allé en stage chez le praticien. Ce résultat est regrettable. Outre l'intérêt évident pour la médecine générale, il permet également une ouverture sur l'activité libérale.

### 3.3.1.3. *Un contrat implicite :*

Le maître de stage en médecine générale se présente sur la base du volontariat, à la différence des hospitaliers qui ont pour mission de contribuer à cet enseignement. Ceci implique une motivation, influencée par le désir de transmettre son savoir, de voir notre discipline correctement enseignée.

Le praticien doit être formé aux objectifs pédagogiques, aux critères de formation auxquels il doit lui-même satisfaire. Ceci implique une capacité de remise en question de ces propres pratiques, une mise à jour régulière des connaissances, une volonté de s'améliorer.

Cet apprentissage nécessite de la part de l'enseigné une volonté d'apprendre, une curiosité intellectuelle, le désir d'appartenance à la profession.

Entre ces deux protagonistes doit s'établir une relation de confiance et de respect mutuel.

### 3.3.2. Une formation spécifique par de nombreux aspects :

Une des particularités de l'enseignement de la médecine générale réside dans sa vocation à former des praticiens libéraux, détachés de la structure hospitalière. La thèse de Juliette SPIESS en 2013<sup>120</sup> « État des lieux des enseignements des spécificités de la pratique de la médecine générale en libéral dans les différentes facultés de médecine de France métropolitaine » montre que les D.U.M.G. proposent une formation au libéral pour ses futurs praticiens, formation hétérogène selon les centres, très appréciée des étudiants.

D'autres initiatives portent sur l'intégration de l'étudiant dans des prises en charge ambulatoire multidisciplinaire<sup>121</sup>.

Certains diraient que la formation aux savoir-être et savoir-faire ont laissé place à une formation livresque.

On pourrait également proposer des formations anthropologiques et psychologiques adaptées aux zones d'exercice, pour faciliter la relation médecin-patient.

### 3.3.3. Un intérêt pour les autres spécialités ?

Parmi chaque promotion d'internes, moins de la moitié exerceront à l'hôpital. Une partie se tournera vers les structures privées, les autres vers la médecine libérale.

Pour la formation extra-hospitalière en filière de médecine spécialisée, la loi H.P.S.T., par son Décret du 04 février 2011<sup>122</sup>, donne une ouverture à la médecine libérale spécialisée pour les internes de spécialité à partir du sixième semestre. Et ce, sur l'exemple de la filière de médecine générale !

En 2012, les établissements privés s'ouvrent aux internes de spécialité avancés dans leur cursus, palliant à la surcharge d'accueil hospitalière.

Depuis 2013, les pédiatres du Poitou-Charentes se forment à recevoir des internes. Cette diversification des espaces de formation, pour toutes les spécialités, est un progrès considérable.

## 3.4. La représentativité de la spécialité :

### 3.4.1. Quelle image?

Au début des années 2000, 42,6 % des étudiants choisissaient la spécialité de médecine générale<sup>123</sup>.

On note une amélioration de l'image que renvoie la spécialité de médecine générale. La thèse de Anne-Sophie ROUGER<sup>124</sup> soutenue en 2013 « La médecine générale: Un choix par défaut aux Épreuves Classantes Nationales? Étude multi-centrique sur la concrétisation des souhaits des étudiants aux E.C.N. » montre bien que l'exercice de la médecine générale se fait de plus en plus par choix et non plus par défaut.

### 3.4.2. Pour une intégration précoce dans le cursus :

De même que pour le stage de sémiologie, il ne semble pas exclu d'intégrer des généralistes enseignant précocement dans les études de médecine, tant pour la sémiologie que pour des items des E.C.N. assez généralistes tel l'item 77 : « angine et pharyngite de l'enfant » ou l'item 32 sur « le développement psychomoteur de l'enfant ». L'enseignement facultaire réalisé exclusivement par des médecins hospitaliers ne favorise pas la représentativité des médecins généralistes dans l'intellect des étudiants.

Tout au long du cursus de médecine, les axes d'enseignement s'intéressent à des pathologies d'organes plus qu'à une prise globale du patient. En 2014, le travail de thèse de Sarah FILOCHE<sup>125</sup> « Place de la médecine générale dans les dossiers des Épreuves Classantes Nationales de 2004 à 2011 » établit la faible présence de la médecine générale dans les dossiers de cet examen.

Il est intéressant de remarquer que tous les Collèges des enseignants de spécialités d'organes sont porteur d'un manuel de référence usé à l'internat. Mais pas pour la médecine générale. Un ouvrage de référence du C.N.G.E. intégré dans la bibliothèque des étudiants serait bénéfique.

#### 4. Ouvertures :

Énumérons là quelques possibilités de travaux ultérieurs découlant de ce travail :

- Représentation des médecins dans la littérature
- Représentations de la médecine dans l'art
- Comparaison des cursus de médecine générale en Europe/Monde Occidentale
- Un regard anthropologique sur le rapport de filiation retrouvé dès la Grèce Antique, dans le Serment d'Hippocrate, de redevance à son maître. Au Moyen-Age encore, les familles de médecins étaient fréquentes, une transmission masculine nécessaire, pour des raisons culturelles, la facilité d'accès au poste par des jeux de pouvoir et d'influence, la participation financière plus facilement accessible. Encore aujourd'hui, sur les bans de faculté, bon nombre compte au moins un membre de leur famille comme praticien médical ou paramédical. Aujourd'hui, c'est amusant de remarquer les ordonnanciers « ancien interne des hôpitaux de X », comme faire preuve de sa noblesse, de ses origines. Et ces familles de médecin forment des médecins de famille.

## CONCLUSION

Pour répondre à l'interrogation portant sur l'évolution de l'enseignement médical et plus particulièrement de la médecine générale, nous avons mené une étude descriptive chronologique, bibliographique.

De ces résultats apparaît une notion importante : les institutions fondamentales telles que l'enseignement supérieur, la structure hospitalière, sont la résultante de siècles de réflexion. Ceci nous amène à une certaine humilité quant à la volonté d'initier de nouvelles réformes. L'Histoire nous montre également que les réformes importantes, nécessaires, telle celle de VICQ D'AZYR, ou la suppression de l'internat, même si initialement rejetées finissent par aboutir tandis que des réformes « facultatives », ou temporairement intéressantes telle les officiers de santé ou le concours de l'internat, ne sont qu'éphémères.

La spécialité de médecine générale, récemment reconnue, est pourvoyeuse d'un flux constant d'initiatives et permet une émulsion intellectuelle visant à son développement tant universitaire qu'en exercice.

Les quelques regrets que nous pourrions avoir les pratiques antiques seraient l'abolition de la maîtrise des arts qui permettraient un bagage culturel au futur médecin. La médecine actuelle très rigoureuse, très scientifique nous éloigne, faute de temps, de ces acquisitions. Pourtant, une base philosophique, anthropologique et psychologique ne serait que bénéfique.

La somme de toutes les connaissances actuellement disponibles, les résultats de recherches tant historique que scientifique fournis par des générations d'individus sont le fruit de travaux longs et méticuleux. Le travail de thèse m'a mené à découvrir des

concepts, des travaux d'une richesse extraordinaire. Enivrant serait le terme exact.

Un dernier mot pour souligner l'intérêt du travail rédactionnel de thèse d'exercice. C'est à la fois un exercice proposant à l'étudiant une introduction aux possibilités de la recherche, une occasion de contribuer aux avancées scientifiques. Sa disparition, souhaitée par certains, serait à mon sens une grande perte.

Nous concluons en disant que ce travail n'est qu'une introduction, une ébauche de ce qui peut être fait sur le sujet. Nombreuses restent les pistes à approfondir.

### ANNEXE 1 : LES AVANCÉES LIÉES À L'IMPRIMERIE

Jusqu'au milieu du XVe siècle, toute la reproduction des écrits était assurée par les moines copistes. Dès le XIIIe et XIVe siècle, la production apparaît insuffisante par la croissance du mouvement universitaire, l'éclosion d'un monde urbain, la volonté d'instruction. L'écriture évolue de la large caroline vers le gothique.

Jusqu'à l'avènement de l'imprimerie et sa diffusion, l'enseignement se fait à l'oral.

Le coût d'un livre manuscrit équivalent au prix d'un troupeau, les élèves apprennent à lire et à compter avec des objets de substitution : abécédaires sur des ceintures de cuir, sur des broderies ou bien inscrits sur les murs de certaines églises. Plus tard, à l'université, les livres des bibliothèques deviennent accessibles mais certains restent enchaînés au pupitre.

Pour répondre aux besoins des étudiants qui ne peuvent s'offrir des livres manuscrits, se développent des « florilèges », recueils de morceaux choisis des œuvres principales soumises à l'étude.

Il existe très peu de livres mêmes dans les bibliothèques universitaires : à la Sorbonne on dénombre 1017 livres en 1291, 1722 en 1338.<sup>42</sup>

La Révolution survint en la personne de Johann GUTENBERG (1397-1400 ; 1468)<sup>1</sup> qui développera la technique de multiplication des textes au moyen de caractères mobiles métalliques, permettant une reproduction plus rapide, et ainsi la diffusion des connaissances.

L'Église voit cela d'un mauvais œil car cette instruction du peuple est un frein à leur Toute Puissance sur une foule ignorante.

Mais ces premiers livres, dits « Incunables », restent très onéreux et ce n'est que tardivement, fin de la Révolution française, que la plupart des étudiants seront munis en ouvrages médicaux.



## ANNEXE 2 : DEFINITION DE LA MEDECINE GENERALE :

d'après les textes de W.O.N.C.A. 2002<sup>4</sup> :

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

On lui définit 11 caractéristiques :

1. Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité à tous les usagers.
2. Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités.
3. Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
4. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
5. Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
6. Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
7. Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
8. Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
9. Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
10. Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
11. Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Les onze caractéristiques centrales qui définissent la discipline se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin de famille spécialisé doit maîtriser. Elles

peuvent être rassemblées en *six compétences fondamentales*

1. La gestion des soins de santé primaires
2. Les soins centrés sur la personne
3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes
4. L'approche globale
5. L'orientation communautaire
6. L'adoption d'un modèle holistique

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

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

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

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

L'interrelation entre *les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques* caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialisation. C'est cette interrelation complexe des compétences fondamentales qui doit servir de guide et se retrouver dans le développement des programmes de formation, de recherche et d'amélioration de la qualité.

## BIBLIOGRAPHIE

1. LAROUSSE [en ligne] sur [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr)
2. BERNARD, M. *L'école en Egypte Ancienne. Son importance et son évolution*. 2009  
Disponible sur : [www.auguste-piccard.ch/pages/TM-PDF/TM2009/TM2009Bernard.pdf](http://www.auguste-piccard.ch/pages/TM-PDF/TM2009/TM2009Bernard.pdf)
3. BERCHE, P. *Le savoir vagabond : Histoire de l'enseignement de la médecine*. Editions Docis, 2013. 416 pages. ISBN 978-2-85525-384-8
4. WONCA Europe, *Définition européenne de la médecine générale*, 2002.  
Disponible sur : [www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf](http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf)
5. JULAUD, J.-J. *L'Histoire de France Pour les Nuls*. 2ème édition. First, 2013. 818 pages. ISBN 978-2-7540-5432-4
6. DACHEZ, R. *Histoire de la médecine : De l'Antiquité au XXe siècle*. Editions Tallandier, 2008. 634 pages. ISBN 978-2-84734-536-0
7. SEIGNOBOS, C. & Editions, F. B. *Introduction aux études historiques*. CreateSpace Independent Publishing Platform, 2015. 226 pages. ISBN 978-1-5087-8532-3
8. DUPONT, M. *Dictionnaire historique des médecins dans et hors de la médecine*. Larousse, 1999. 628 pages. ISBN 978-2-03-514310-5
9. BIGGS, R. *Medicine, Surgery and Public Health in Ancient Mesopotamia*. Dans *Civilizations of the Ancient Near East*, edited by Jack M. Sasson, New York: Charles Scribner's Sons, 1995.  
Disponible sur : <http://www.jaas.org/edocs/v19n1/Biggs-Medicine,%20surgery.pdf>
10. DURAND, J.-M. *Les premiers médecins en Mésopotamie : l'exemple de Mari*. Comptes Rendus Séances Académie Inscr. B.-lett. **150**, 1827–1834 (2006). ISSN 0065-0536
11. LE SCOUEZEC, G. *La Médecine en Gaule*. Éditions Kelenn , 1976. 207 pages  
ISBN 335-9-34-005114-0
12. BRUNNER, H. *Altägyptische Erziehung, von Hellmut Brunner*. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 2., unveränderte Auflage, 1989. ISBN 978-3-534-80048-3

13. KOSACK, W. & KOSACK, H.-G. F. W. *Der medizinische Papyrus Edwin Smith: the New York Academy of Medicine, Inv. 217*. C. Brunner, 2012. ISBN 978-3-033-03331-3
14. BRIAN Cyril P. *The Papyrus Ebers, translated from the German version by Cyril P. Brian*. Geoffrey Bles, 1930. 127 pages. ISBN 978-0890050040
15. QUACK, J. F. *Enseignements pour Mérikarê*. Wiesbaden : O. Harrassowitz , 1992. 200 pages.
16. HÉRODOTE. *Histoires. Tome II, Livre II: Euterpe*. Les Belles Lettres.1930. 321 pages. ISBN 978-2-251-00142-5
17. BEAUREGARD, O. *La justice et les tribunaux dans l'ancienne Egypte*. Bull. Société Anthropol. Paris 1, 716–735 (1890). ISSN 0301-8644
18. LEXA, F. *Papyrus Insinger les enseignements moraux d'un scribe égyptien du premier siècle après J.-C. Texte démotique avec transcription, traduction française, commentaire, vocabulaire et introduction grammaticale et littéraire*. Paris, 1926. Tome 1. ISBN 9782705318604
19. VERNUS, P. *Sagesses de l'Égypte pharaonique*, Edition La Salamandre.Imprimerie nationale, Paris 2001, p. 16-17. ISBN 978-2262022334
20. HIPPOCRATE. *Hippocrate : le serment, la loi, de l'art.... / trad. du grec sur les textes manuscrits et imprimés, accompagnés d'introductions et de notes par le Dr. Ch. V. Daremberg,...* Masson Paris, 1844.
21. PRIORESCHI P. et BABIN D. *Cos et Cnide*. Histoire Des Sciences Médicales - Tome XXIX - N°4 – 1995. p.317.
22. HIPPOCRATE, *Epidémies, Tome 1*, III, 10, (II, 668-670 L), Traduction E. Littré, 1840
23. HIPPOCRATE. *Oeuvres complètes*. Traduction E.Littré vol. 1 à vol.10, 1840
24. HIPPOCRATE. *Du Régime*, Texte établi et traduit par JOLY, R. Paris, Les Belles Lettres, 1967.
25. HIPPOCRATE. *Traité des Articulations*. Oeuvres Complètes d'Hippocrate traduit par E. Littré, H. Baillères, Tome 4, 1844.
26. CELSE, C. *La Préface de De medicina*. Traduit par Mudry, P. Institut Suisse de Rome, 1982. ISSN 0067-7965

27. HIPPOCRATE & DAREMBERG, C. *Hippocrate : Maximes et Pensées*. Editions du Rocher, 2004. 188 pages. ISBN 978-2-268-04968-7
28. LAFONT, O. *Galien glorifié, Galien contesté...* Pharmathèmes, 2011. ISBN 978-2914399326
29. BOUDON-MILLOT Véronique. *Médecine et enseignement dans l'Art médical de Galien*. Revue des Études Grecques, tome 106, fascicule 504-505, Janvier-juin 1993. pp. 120-141.
30. LAMBOLEY, J-L. *Lexique d'histoire et de civilisation romaines*. Ellipses Marketing.1998. 384 pages. ISBN 978-2729855475
31. DAREMBERG, C. et SAGLIO, E. *Dictionnaire des Antiquités grecques et romaines*. Disponible sur : [www.dagr.univ-tlse2.fr](http://www.dagr.univ-tlse2.fr)
32. CONGOURDEAU, M-H. *La médecine byzantine une réévaluation nécessaire*. Revue du Praticien, tome 54, n° 15, 15 oct. 2004, p. 1733-1737.
33. GAUTIER, P. *Le typikon du Christ Sauveur Pantocrator*. Rev. Études Byzantines 32, 1–145. 1974. DOI : 10.3406/rebyz.1974.1481
34. BARSANUPHE et JEAN DE GAZA. *lettre 327*. In: Correspondance, II, 1. «Sources Chrétiennes» 450.
35. SOURNIA, J-C. *Médecins Arabes Anciens X et XIe siècles*. Conseil International de la Langue Française, 1986 - 267 pages. 267 pages. ISBN 9782853191753
36. JACQUART & MICHEA. *La médecine arabe et l'Occident médiéval*. Maisonneuve & Larose, 1996. ISBN 978-2706812651
37. AL-AZZAWI, S. *La Maison de la Sagesse des Abbassides à Bagdad ou les débuts de l'Université* .Traduit de l'anglais par Belqacem MARZOUQI.  
Disponible [www.safe6035d75a38b66.jimcontent.com/.../la\\_maison\\_de\\_la\\_sagesse.pdf](http://www.safe6035d75a38b66.jimcontent.com/.../la_maison_de_la_sagesse.pdf)
38. SHEHADEH, K. *Al-Bimaristan (l'Hôpital)*. Rev. Hist. Pharm. 84, 219–223 (1996).
39. LIZZA, N. *L'École Médicale de Salerne. Influence sur les progrès des sciences médicales et de la chirurgie au Moyen-Age*. Medicina & Storia, [S.I.], p. 221-235, dec. 2011. ISSN 1828-6224
40. *The Liber Augustalis or Constitutions of Melfi Promulgated By the Emperor Frederick II*

- for the Kingdom of Sicily in 1231*. Syracuse Univ Press, 1971. ISBN 9780815600800
41. PENSO G. *L'insegnamento della medicina; 1,IV: 31-38*. In Penso G. *La medicina medioevale*. Ciba Geigy Edizioni, 1991.
42. COLLECTIF & VERGER, J. *Histoire des universités en France*. Privat, 1986. 432 pages. ISBN 2708953338
43. GRANAT, C. et GRANAT, J. et LEVY, D. et LEVY, M. et PEYRE, E. *Le Quartier Latin; Berceau parisien, de l'enseignement des sciences physiques, chimiques, naturelles médicales, biologiques, de la littérature, de la philosophie et de l'art*. 2012. <halshs-00730243>
44. MOULINIER, L. *L'originalité de l'école de médecine de Montpellier*. A. Leone, G. Sangermano. *La Schola Salernitana e le altre*, Jun 2002, Salerno, Italie. Salerne, pp.101-126., 2003.<halshs-00609379>
45. ZORÉ, L. *Un exemplaire méconnu de l'Articella (ars medicine): une étude codicologique du manuscrit de Rouen, bibliothèque municipale, MS I. 57*. Vita e Pensiero, 2012. 665 pages.
46. TOURNIER, M. « *Baccalauréat* », « *bachelier* ». In: *Mots*, n°29, décembre 1991. Politique et sport. Retours de Chine, sous la direction de Simone Bonnafous . pp. 101-105. DOI : 10.3406/mots.1991.1655
47. LEGRAND, N. (1875-1915). *La collection des thèses de l'ancienne Faculté de médecine de Paris depuis 1539 et son catalogue inédit jusqu'en 1793 : documents sur l'histoire de la Faculté pendant la Révolution / par Noé Legrand*. H. Champion, Paris, 1914. 217 pages
48. DENIFLE, H. *Chartularium universitatis Parisiensis*, t. 1, Paris, 1899, p. 49-50 (n° 50). Traduction du latin.
49. Histoire des chirurgiens, barbiers et barbiers-chirurgiens. Disponible sur : [http://medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/divers\\_institutions/chirurgiens\\_barbiers.html](http://medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/divers_institutions/chirurgiens_barbiers.html)
50. IMBERT, J. *Histoire des hôpitaux en France*. Privat, 1991. ISBN 978-2708988132
51. PARIAS (L-H) (Dir.), 1981, *Histoire générale de l'enseignement en France, tome 1* :

- ROUCHE (M), *Des origines à la Renaissance*, Paris, Nouvelle Librairie de France.
52. Culture, le magazine culturel en ligne de l'Université de Liège. La pensée théologico-politique de Charlemagne.  
Disponible sur : [http://culture.ulg.ac.be/jcms/prod\\_957278/fr/la-pensee-theologico-politique-de-charlemagne](http://culture.ulg.ac.be/jcms/prod_957278/fr/la-pensee-theologico-politique-de-charlemagne).
53. LOUIS XIV & France. *Édit... portant règlement pour l'étude et l'exercice de la médecine ...* Registré en Parlement le 18 mars 1707.  
Disponible sur : <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/btv1b86022352>
54. BEAUVISAGE, J. *La Loi Le Chapelier du 14 juin 1791, fruit amer de la Révolution*. Dans les Cahiers de l'institut CGT d'histoire sociale.  
Disponible sur : [www.ihs.cgt.fr/IMG/pdf\\_CIHS117\\_002-023-BD.pdf](http://www.ihs.cgt.fr/IMG/pdf_CIHS117_002-023-BD.pdf)
55. IMBAULT-HUART, M.-J. & HUARD, P. *Concepts et réalités de l'éducation et de la profession médico-chirurgicales pendant la Révolution*. *J. Savants* **2**, 126–150 (1973).  
ISSN 0021-8103
56. *Nouveau Plan De Constitution Pour La Médecine En France: Présenté À L'assemblée Nationale Par La Société Royale De Médecine...* Nabu Press, 2012. 212 pages.  
ISBN 978-1274712516
57. VIDAL, F. *Les 'Petites écoles' de médecine au XIXe siècle*. Actes. Société française d'histoire de l'art dentaire, 1995.  
Disponible sur : [www.biusante.parisdescartes.fr/sfhad/1995/1995-07.pdf](http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhad/1995/1995-07.pdf)
58. CHARMASSON, T. *Archives de la faculté de médecine de Paris. Archives nationales – Répertoire numérique détaillé AJ/16/6226-6944*. Disponible sur : <http://www.archivesnationales.culture.gouv.fr/chan/chan/series/pdf/AJ16-226-6944.pdf>
59. Université de Paris. Faculté de médecine (1215-1793). Disponible sur: [http://data.bnf.fr/12491222/universite\\_de\\_paris\\_faculte\\_de\\_medecine\\_1215-1793/](http://data.bnf.fr/12491222/universite_de_paris_faculte_de_medecine_1215-1793/).
60. GUILLAUME, P. et HOERNI, B. *1803: le Consulat organise la médecine. Une célébration oubliée*. *La Revue du Praticien* **53** 1619-1621 (2003)
61. LEMAIRE, J.-F. *La médecine napoléonienne*. Nouveau Monde éditions, 2014. 348p.  
ISBN 9782365836517

62. IMBAULT-HUART, M. J. & HUARD, P. *Structure et fonctionnement de la Faculté de Médecine de Paris en 1813*. Rev. Hist. Sci. **28**, 139–168 (1975). ISSN 0151-4105
63. GUIVARC'H, M. *La réforme Farabeuf de l'enseignement pratique de l'anatomie et de la médecine opératoire. Dix ans rue Vauquelin, 1877-1886*. Histoire des Sciences Médicales. Tome XXXIX. N°1-2005. 45-57.
64. POIRIER, J. *L'externat des hôpitaux de Paris*. Editions Hermann, 2012. 394p.  
ISBN : 978-2-7056-8426-6
65. DALL'AVA-SANTUCCI, J. *Au XIXe siècle, les femmes à l'assaut de la médecine*. La Revue du Praticien. **55**, 110-113 (2005)
66. HOERNI, B. *La Loi du 30 novembre 1892*. Histoire des Sciences Médicales. Tome XXXII. N°1-1998. 63-67.
67. VICHARD, P. *La loi hospitalière du 21 décembre 1941 origines, conséquences*. Histoire des Sciences Médicales. Tome XLI. N°1-2007. 61-70.
68. La Grande Histoire des CHU. Chapitre 2 1958-1968. La Création Des Centres Hospitaliers Et Universitaires.  
Disponible sur : <http://www.reseau-chu.org/mieux-connaître-les-chu/presentation-generale-des-chu/lhistoire-des-chu/>
69. CHATELUS, D. sous la direction de LEJEUNE, A. *Certificats d'aptitude aux grades universitaires (1810 – 1905)*. Répertoire numérique des articles F/17/6084 à F/17/6570. 1993.
70. Arrêté du 2 août 1960. *Répartition des enseignements entre les six années d'études en vue du diplôme de docteur en médecine*. JORF du 10 août 1960 page 7664
71. Arrêté du 24 août 1963. *Répartition des enseignements entre les six années d'études en vue du diplôme de docteur en médecine*. JORF du 28 août 1963 page 7875
72. Décret n°69-16 du 7 janvier 1969 modifiant le décret 64207 du 07-03-1964 modifié relatif aux conditions de recrutement et au statut des externes et des internes en médecine des centres hospitaliers régionaux faisant partie d'un chu. 69-16 (1969). JORF du 8 janvier 1969 page 314
73. DEPLAUDE, M-O. *Instituer la «sélection» dans les facultés de médecine Genèse et*



*mise en œuvre du numerus clausus de médecine dans les années 68.* Paru dans la Revue d'histoire de la protection sociale, n° 2, 2009, p. 78-100.

74. Décret n°70-931 du 8 octobre 1970 relatif aux fonctions hospitalières des étudiants en médecine. 70-931 (1970).JORF du 10 octobre 1970 page 9405
75. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. JORF n°72 du 26 mars 1997 page 4684
76. Association Nationale des Étudiants en Médecine de France  
Disponible sur [www.anemf.org](http://www.anemf.org)
77. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales. JORF n°0095 du 23 avril 2013 page 7097 texte n° 30
78. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. JORF n°233 du 6 octobre 2004 page 17076 texte n° 23
79. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. J.O n° 15 du 18 janvier 2004 page 1394 texte n°14.
80. Arrêté du 29 janvier 2004 relatif à l'organisation des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle spécialisé des études médicales. JORF n°30 du 5 février 2004 page 2519 texte n° 36
81. *Les réformes de l'enseignement de la médecine à travers les archives du Ministère de l'éducation nationale (1905-1970).* Disponible sur : [http://www.histrecmed.fr/option=com\\_content&view=article&id=139:enseignement-de-la-medecine&catid=10:documentation&Itemid=130](http://www.histrecmed.fr/option=com_content&view=article&id=139:enseignement-de-la-medecine&catid=10:documentation&Itemid=130)
82. GALÉRANT, G. *Médecine de campagne: de la Révolution à la Belle Époque.* Plon éd., 1988. ISBN 9782259019026
83. JAISSON, M. *L'honneur perdu du généraliste.* Actes Rech. En Sci. Soc. **143**, 31–35 (2002). ISSN 0335-5322
84. NARDIN, A. & SALAÜN RAMALHO, F. *Ordre et désordre à l'hôpital: l'internat en médecine (1802-2002).* Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 2002.
85. HAVELANGE, C. in *Les Figures de la guérison (XVIIIe-XIXe siècles) : Une histoire sociale et culturelle des professions médicales au pays de Liège.* 191–220. Presses

universitaires de Liège, 2013

86. FLAMANT, R. Le 3ème cycle de médecine générale dans les universités françaises. Rapport d'évaluation du CNE. (1998).  
Disponible sur : [https://www.cne-evaluation.fr/WCNE\\_pdf/Medecine3ecycle.pdf](https://www.cne-evaluation.fr/WCNE_pdf/Medecine3ecycle.pdf)
87. Loi n°72-660 du 13 juillet 1972 modifiant le titre 1er du livre IV du code de la santé publique, l'art. l404 du code de la sécurité sociale et relative à l'organisation des professions médicales. 72-660 (1972).
88. FOUGÈRE, L. *La Réforme des études médicales: rapport au Ministre de la santé et au Secrétaire d'État aux universités*. La Documentation française, 1977. Ministère de la santé et de la sécurité sociale & France. Ministère des universités
89. JORF du 22 avril 1977.
90. Directive Européenne n°86-457 du 15 septembre 1986 n° 86457 relative a une formation spécifique en médecine générale.
91. Directive 93/16/CEE du Conseil, du 5 avril 1993, visant à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, certificats et autres titres.
92. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins - Article 2.
93. Décret no 97-494 du 16 mai 1997 modifiant le décret no 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. 97-494 (1997).
94. Décret n°78-491 du 31 mars 1978 modifiant et complétant le décret 64207 du 07-03-1964 modifie relatif aux conditions de recrutement et au statut des externes et des internes en médecine des CHR faisant partie d'un chu (art. 30: affectation des internes dans chaque centre hospitalier régional; choix par les internes nommes à l'issue des concours organisés dans l'ordre du classement au concours. 78-491 (1978). JORF du 2 avril 1978 page 1476.
95. Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques. 82-1098 (1982). JORF du 26 décembre 1982 page 3861.
96. Décret n°84-586 du 9 juillet 1984 fixant à titre transitoire l'organisation du 3eme cycle des études médicales. 84-586 (1984). JORF du 11 juillet 1984 page 2215

97. Arrêté du 6 septembre 1985 portant organisation du 3eme cycle de médecine générale. JORF du 18 septembre 1985 page 10738.
98. Décret n°88-485 du 29 avril 1988 modifiant le décret 83785 du 02-09-1983 fixant le statut des internes en médecine et en pharmacie et le rendant applicable aux résidents en médecine. 88-485 (1988). JORF du 3 mai 1988 page 6021.
99. Arrêté du 16 mai 1997 fixant le modèle de la convention prévue à l'article 3 du décret n° 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. JORF n°115 du 18 mai 1997 page 7538.
100. ROUY, J-L. *L'école de Riom. Institutions. Formation pédagogique des enseignants de médecine générale*. Pédagogie Médicale - Novembre 2000 - Volume 1 - N°1
101. [www.unaformec.org](http://www.unaformec.org)
102. DELAHOUCHE, Q., MAUVIARD, É. & HERMIL, J.-L. *Rédaction de la grille d'évaluation actualisée des compétences des internes de médecine générale de Haute-Normandie en stage ambulatoire*. Université de Rouen, 2015.
103. Décret n°88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. 88-321 (1988).
104. Directive Européenne n°97-50 du 6 octobre 1997 du parlement européen et du conseil modifiant la directive 9316/CEE visant à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, certificats et autres titres.
105. Décret n° 97-1213 du 24 décembre 1997 modifiant le décret n° 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. 97-1213 (1997).
106. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine - Article Annexe V.
107. BREUIL-GENIER, P. & SICART, D. *Origines sociales des étudiants en santé*. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. N°496. Juin 2006.
108. *Examen clinique: manque de savoir-faire des étudiants*. Revue Prescrire Éditorial 386 Décembre 2015 Tome n°35 page 933.
109. *Ateliers de sémiologie DFGSM2*. Cesim Santé Brest.

Disponible sur: <http://www.cesim-sante.fr/ateliers-de-s%C3%A9miologie-fgsm2-0>.

110. HODGES, B. D. & GABA, D. M. *La simulation en santé: de la théorie à la pratique*. Springer Paris e-books, 2013.
111. LABORDERE, S. *La formation aux gestes techniques de médecine générale: à propos d'une étude réalisée à Toulouse en 2005 auprès de 65 étudiants de troisième cycle, portant sur trois gestes techniques*. Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil, 2006.
112. DAULIER, E. & DUMAY, C. *L'enseignement des gestes et techniques en France: entre disparités et consensus*. Université Paris-Est Créteil, 2014.
113. POUVOURVILLE, G. *Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : Propositions*. INSERM 2006. Disponible sur : [http://extranet.inserm.fr/content/download/25726/163582/file/Rapport\\_Pouvoirville.pdf](http://extranet.inserm.fr/content/download/25726/163582/file/Rapport_Pouvoirville.pdf)
114. PRIGOGINE, I. & STENGERS, I. *La nouvelle alliance; métamorphose de la science*. Folio, Essais, 26. Paris, Gallimard/Folio, 2000. - AUSONE.
115. HÉLIS, V. *Quelle est aujourd'hui en France la formation à la recherche des thésards en médecine générale?* Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie, 2005.
116. PAULA PALMA, S. *Évaluation des enseignements du DES de Médecine générale de Rouen: une étude qualitative par focus group*. Université de Rouen, 2011.
117. CATHALAN, T. *Formation des internes de médecine générale: Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES 'idéal'*. UPEC. Faculté de médecine, 2015.
118. Gicquel, J-P. & co. *La transmission du savoir en médecine*. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Commission 2012-2013. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/transmission\\_du\\_savoir.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/transmission_du_savoir.pdf)
119. MOREAU M., « *Stage en médecine générale: quel impact* », La Revue du Praticien Médecine générale, tome 30. n°956. février 2016.
120. SPIESS, J. & AUGER LEFEBVRE, L. *État des lieux des enseignements des spécificités de la pratique de la médecine générale en libéral dans les différentes facultés de médecine de France métropolitaine*. Université de Rouen. 2013.

121. PESTIAUX, D. & VANTHUYNE, D. *Médecine générale : apprendre à travailler en pluridisciplinarité ; le stage pédagogique externe*. Revue Prescrire **311** Septembre 2009. Tome 29. p.703.
122. Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales. JORF n°0033 du 9 février 2011 page 2511 texte n° 24
123. La rédaction Prescrire. *Le Troisième cycle de médecine générale des universités françaises de médecine*. Revue Prescrire. Mars 2000 tome 20 n°204 p.227-228.
124. ROUGER, A.-S. & LADNER, J. *La médecine générale: Un choix par défaut aux Épreuves Classantes Nationales?: Étude multicentrique sur la concrétisation des souhaits des étudiants aux ECN*. Université de Rouen, 2013.
125. FILOCHE, S. & SCHUERS, M. *Place de la médecine générale dans les dossiers des Epreuves Classantes Nationales de 2004 à 2011*. Université de Rouen, 2015.

## RESUME

L'évolution de l'enseignement de la médecine, et plus particulièrement celui de la médecine générale sont le sujet de peu de travaux de recherches. Pour répondre à cette problématique a été menée une étude historique, rétrospective, descriptive, bibliographique.

Partant du compagnonnage égyptien ou grec, l'enseignement a évolué vers un modèle plus magistral lors de la création des universités à la fin du XIIe siècle, modèle persistant encore aujourd'hui durant les six années de tronc commun. L'assimilation de tant de données scientifiques se fait au détriment d'une formation pratique.

L'étudiant en médecine, présent dans les hôpitaux byzantins, n'y trouve sa place en France qu'à partir des réformes napoléoniennes. La loi DEBRE de 1958 lie étroitement la faculté avec les hôpitaux. Mais ce modèle hospitalo-centré ne répond pas aux besoins d'une grande partie des étudiants qui exerceront en libéral. D'où la place toute particulière des stages chez le praticien développés dans la filière de médecine générale, et récemment dans les autres spécialités.

La médecine générale connaît une période de non reconnaissance suite à la création de l'internat et de l'externat en 1802. Il faut attendre les années 70 pour qu'elle devienne une préoccupation universitaire, et 2004 pour qu'elle acquiert la reconnaissance de spécialité. La reconnaissance de cette discipline passe par le développement de son pôle de recherches en soins primaires et l'intégration précoce de la médecine générale dans le déroulement des études médicales.

## MOTS-CLES

- Enseignement de la médecine
- Médecine Générale
- Histoire de la médecine