



HAL
open science

Étude de l'adéquation entre la formation médicale initiale et la pratique quotidienne de la médecine générale ambulatoire : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de spécialistes en médecine générale diplômés à la faculté de Brest

Erwan Ogor

► To cite this version:

Erwan Ogor. Étude de l'adéquation entre la formation médicale initiale et la pratique quotidienne de la médecine générale ambulatoire : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de spécialistes en médecine générale diplômés à la faculté de Brest. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. dumas-01903739

HAL Id: dumas-01903739

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01903739v1>

Submitted on 24 Oct 2018

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE DE BREST-BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE

Année 2014

N°

THESE DE
DOCTORAT en MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Par

Monsieur OGOR Erwan

Né le 22 janvier 1982 à Brest (29)

Présentée et soutenue publiquement le 6 Novembre 2014

**ETUDE DE L'ADEQUATION ENTRE LA FORMATION MEDICALE INITIALE ET LA
PRATIQUE QUOTIDIENNE DE LA MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE :
ENQUETE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES AUPRES DE
SPECIALISTES EN MEDECINE GENERALE DIPLOMES A LA FACULTE DE BREST**

Président du Jury

Monsieur le Professeur LE RESTE Jean-Yves

Membres du Jury

Monsieur le Professeur LE FLOC'H Bernard

Monsieur le Docteur NABBE Patrice

Madame la Docteur CALVEZ Amélie

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE

**FACULTE DE MEDECINE ET
DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST**

DOYENS HONORAIRES :

Professeur H. FLOCH

Professeur G. LE MENN (†)

Professeur B. SENECAIL

Professeur J. M. BOLES

Professeur Y. BIZAIS (†)

Professeur M. DE BRAEKELEER

DOYEN

Professeur C. BERTHOU

PROFESSEURS EMERITES

GIOUX Maxime

Physiologie

LAZARTIGUES Alain

Pédopsychiatrie

YOUINOU Pierre

Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES EN SURNOMBRE

SENECAIL Bernard

Anatomie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

BOLES Jean-Michel

Réanimation Médicale

FEREC Claude

Génétique

JOUQUAN Jean

Médecine Interne

LEFEVRE Christian

Anatomie

MOTTIER Dominique

Thérapeutique

OZIER Yves

Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale

ABGRALL Jean-François	Hématologie - Transfusion
BRESSOLLETTE Luc	Médecine Vasculaire
COCHENER - LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
COLLET Michel	Gynécologie - Obstétrique
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DE BRAEKELEER Marc	Génétique
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine & Santé au Travail
DUBRANA Frédéric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie Infantile
FOURNIER Georges	Urologie
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie Vasculaire
KERLAN Véronique	Endocrinologie, Diabète & maladies métaboliques
LEHN Pierre	Biologie Cellulaire
LEROYER Christophe	Pneumologie
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
LOZAC'H Patrick	Chirurgie Digestive
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto. Rhino. Laryngologie
MISERY Laurent	Dermatologie - Vénérologie
NONENT Michel	Radiologie & Imagerie médicale
PAYAN Christopher	Bactériologie – Virologie; Hygiène
REMY-NERIS Olivier	Médecine Physique et Réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie - Hépatologie
SARAUX Alain	Rhumatologie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
TILLY - GENTRIC Armelle	Gériatrie & biologie du vieillissement
TIMSIT Serge	Neurologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'Adultes

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie Digestive
BEN SALEM Douraied	Radiologie & Imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BERTHOU Christian	Hématologie – Transfusion
BEZON Eric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BOTBOL Michel	Psychiatrie Infantile
CARRE Jean-Luc	Biochimie et Biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DAM HIEU Phong	Neurochirurgie
DEHNI Nidal	Chirurgie Générale
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HU Weigo	Chirurgie plastique, reconstructrice & esthétique ; Brûlologie
LACUT Karine	Thérapeutique
LE GAL Grégoire	Médecine interne
LE MARECHAL Cédric	Génétique
L'HER Erwan	Réanimation Médicale
NEVEZ Gilles	Parasitologie et Mycologie
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie - Hépatologie
PRADIER Olivier	Cancérologie - Radiothérapie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
RICHE Christian	Pharmacologie fondamentale
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et Médecine Nucléaire
STINDEL Eric	Biostatistiques, Informatique Médicale & technologies de communication
UGO Valérie	Hématologie, transfusion
VALERI Antoine	Urologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIEN LIBERAL

LE RESTE Jean Yves

Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

LE FLOC'H Bernard

Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DE HORS CLASSE

AMET Yolande

Biochimie et Biologie moléculaire

LE MEVEL Jean Claude

Physiologie

LUCAS Danièle

Biochimie et Biologie moléculaire

RATANASAVANH Damrong

Pharmacologie fondamentale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1ERE CLASSE

DELLUC Aurélien

Médecine interne

DE VRIES Philine

Chirurgie infantile

DOUET-GUILBERT Nathalie

Génétique

HILLION Sophie

Immunologie

JAMIN Christophe

Immunologie

MIALON Philippe

Physiologie

MOREL Frédéric

**Médecine & biologie du développement
& de la reproduction**

PERSON Hervé

Anatomie

PLEE-GAUTIER Emmanuelle

Biochimie et Biologie Moléculaire

QUERELLOU Solène

Biophysique et Médecine nucléaire

SEIZEUR Romuald

Anatomie-Neurochirurgie

VALLET Sophie

Bactériologie – Virologie ; Hygiène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2EME CLASSE

ABGRAL Ronan	Biophysique et Médecine nucléaire
BROCHARD Sylvain	Médecine Physique et Réadaptation
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie – Virologie; Hygiène
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses-Maladies tropicales
LE GAC Gérald	Génétique
LODDE Brice	Médecine et santé au travail

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS STAGIAIRES

LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et Médecine nucléaire
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement & de la reproduction
TALAGAS Matthieu	Cytologie et histologie

MAITRE DE CONFERENCES - CHAIRE INSERM

MIGNEN Olivier	Physiologie
-----------------------	--------------------

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES MI-TEMPS

BARRAINE Pierre	Médecine Générale
CHIRON Benoît	Médecine Générale
NABBE Patrice	Médecine Générale
BARAIS Marie	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES

HAXAIRE Claudie	Sociologie - Démographie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MONTIER Tristan	Biochimie et biologie moléculaire
MORIN Vincent	Electronique et Informatique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

BALEZ Ralph Pierre	Médecine et Santé au travail
---------------------------	-------------------------------------

AGREGES DU SECOND DEGRE

MONOT Alain	Français
RIOU Morgan	Anglais

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Yves LE RESTE,

Vous me faites l'honneur de présider le Jury de cette thèse, soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Bernard LE FLOC'H,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir donné l'opportunité de travailler sur ce sujet qui fut passionnant et m'a permis d'acquérir beaucoup de nouvelles connaissances.

A Monsieur le Docteur Patrice NABBE,

Merci d'avoir suivi ma formation de troisième cycle et de m'avoir permis d'acquérir de nombreuses compétences me permettant d'exercer en autonomie. Heureux d'avoir pu vous divertir avec les histoires de chasse ayant servi de base à mes RSCA.

A Madame le Docteur Amélie CALVEZ,

Merci de ton soutien et de tes conseils lors du début de mes réflexions sur ce sujet. Merci pour ton amitié.

Au Docteur Patrick CUEFF,

Merci de m'avoir appris à voler de mes propres ailes lors de mes deux stages ambulatoires.

A l'ensemble des médecins rencontrés lors de mes stages hospitaliers à Brest, Landerneau et Quimper,

Merci pour vos enseignements, vos conseils, votre patience.

Au Docteur Georges-Hubert GALLOUX,

Merci de m'avoir appris à relativiser, merci pour votre humanité. Vos conseils m'ont été très précieux.

Aux équipes paramédicales rencontrées lors de mes études,

Merci pour votre bonne humeur et votre réceptivité à mon humour.

Aux médecins qui ont accepté de répondre à cette étude,

Merci de m'avoir accordé du temps. Sans vous ce travail n'existerait pas.

A Virginie,

Merci de me supporter depuis plus de dix ans. Merci pour ton humour, ta patience et ton soutien sans faille. Merci pour tout l'amour que tu me donnes. Je t'aime.

A Amandine et Divi,

Merci pour votre patience lorsque je travaillais sur mon « histoire ». Ne grandissez pas trop vite mes anges. Je vous aime.

A ma famille,

Sans vous, je ne serais pas le même. Merci pour tout ce que vous avez fait et faites encore pour moi. Merci de m'avoir encouragé et soutenu toutes ces années.

A Jean-Louis,

Tu me manques.

A ma belle-famille,

Merci de m'avoir accueilli parmi vous. Les moments passés avec vous sont toujours un réel plaisir.

A mes amis,

Merci pour tous ces bons moments passés ensemble.

Je ne ferais pas de liste de peur d'oublier l'un d'entre vous... S'il y en avait qu'un à citer ce serait toi Jean-Denis !

A Maryse,

Merci pour ta gentillesse. Tu es une des plus belles rencontres de mes études et de celles de nombreux autres certainement.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque."

« La qualité d'une formation professionnelle se mesure, idéalement, à ses effets rapportés à ses objectifs... »

Philippe Perrenoud ⁽¹⁾

SOMMAIRE

Facteurs influençant la mise en place de la formation médicale initiale de médecine générale en France

I. Définition de la médecine générale :	23
A. Notions connexes :	23
B. Une définition issue d'une longue évolution.	25
C. La définition de la médecine générale faisant consensus : La définition de la WONCA Europe (2002)	32
D. Synthèse	34
II. Quelles compétences pour exercer ?	35
A. Définition de la compétence	35
B. Les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale :	39
C. Synthèse	48
III. Evolution historique de l'enseignement de la médecine générale :	49
A. Introduction :	49
B. Revue historique de la formation médicale initiale d'un médecin généraliste :	50
C. Synthèse :	62
IV. Influence de la pédagogie sur la formation médicale initiale	63
A. Description des modalités pédagogiques utilisées en France.	63
B. Concepts et principes pédagogiques recommandés par le CNGE :	68
C. Synthèse	69
V. Contraintes réglementaires organisant la formation médicale initiale	71
A. Organisation générale actuelle:	71
B. Cadre réglementaire du premier cycle : Diplôme de Formation Générale en Science Médicale (DFGSM)	72
C. Cadre réglementaire du second cycle : Diplôme de Formation Approfondie en science médicale (DFASM) :	77
D. Cadre réglementaire de l'examen classant national (ECN)	81
E. Cadre réglementaire du troisième cycle de médecine générale en France.	81
F. Synthèse :	87

La formation médicale initiale d'un futur spécialiste en médecine générale à Brest en 2014.

I. Organisation générale	88
II. Le premier cycle de médecine à Brest : DFGSM	89
A. La première année : PACES	89
B. Le stage d'initiation aux soins	90
C. La seconde année : DFGSM.2	90
D. La troisième année : DFGSM.3	92
E. Modifications du cursus depuis la formation médicale initiale des interrogés.	93
III. Le second cycle d'études de médecine à Brest : DFASM	95
A. Première année du second cycle : DFSAM1	95
B. Deuxième année du second cycle : DFASM2	96
C. La troisième année du second cycle : DCEM4	97
D. Validation du second cycle	98
E. Modifications du cursus depuis la formation médicale initiale des interrogés.	98
IV. Le troisième cycle d'études de médecine générale à Brest	99
A. La formation théorique du troisième cycle de médecine générale à Brest	99
B. La formation pratique du DES de médecine générale à Brest.	107
C. La validation du DES de médecine générale à Brest : la certification.	110
D. L'encadrement pédagogique du DES de médecine générale à Brest	111
E. Synthèse concernant l'organisation du DES de médecine générale à Brest	112
V. Synthèse :	113

Etude

I. Matériel et Méthode	114
A. Mise en place théorique de l'étude	114
B. Réalisation pratique du recueil de données	120
C. Modalités d'analyse des données	121
II. Résultats	121
A. Description de l'étude	121
B. Le concept de compétence selon les médecins interrogés :	123
C. La qualité de la formation médicale initiale selon les interrogés	129
D. Le premier cycle vu par les médecins interrogés	130
E. Le second cycle vu par les médecins interrogés	131
F. Le troisième cycle vu par les médecins interrogés	134
III. Discussion	145
A. Discussion sur la méthode	145
B. Discussion sur les résultats	147
C. Perspectives d'approfondissement	168
 Conclusion	 169
 Bibliographie	 171
 Annexes	 179

Figures

<i>Figure 1 : La pyramide de Miller</i>	35
<i>Figure 2: la compétence professionnelle selon H. Boudreault</i>	37
<i>Figure 3: comparaison de différentes définitions du concept de compétence</i>	38
<i>Figure 4: Définition des objectifs pédagogiques à partir des compétences fondamentales</i>	40
<i>Figure 5: L'arbre de la WONCA Europe</i>	41
<i>Figure 6: La Marguerite des compétences</i>	46
<i>Figure 7 Le carré de White et al.</i>	54
<i>Figure 8 : Comparaison de la formation médicale initiale en France avant et après 2010</i>	60
<i>Figure 9 : Caractéristiques comparatives du paradigme d'enseignement et du paradigme d'apprentissage</i>	67
<i>Figure 10: Hôpitaux de la subdivision du CHU de Brest</i>	108
<i>Figure 11: La maquette du DES de médecine générale</i>	111
<i>Figure 12 : Comparaison des propos des médecins interrogés sur les compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale avec les objectifs pédagogiques définis par le CNGE</i>	148

Abréviations

CCU :	Chefs de clinique des universités
CESIM :	Centre de Simulation pour l'apprentissage des sciences de la santé
CHF :	Crédit d'Heures de Formation
CHU :	Centre hospitalo-universitaire
CNGE :	Collège national des généralistes enseignants
CSCT :	Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique
DCEM :	Deuxième cycle des études médicales
DES :	Diplôme d'études spécialisées
DFASM :	Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales
DFGSM :	Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales
DUMG :	Département Universitaire de Médecine Générale
ECN :	Examen Classant National
ECN i :	Examen Classant National informatisé
EURACT:	The European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine
FMC :	Formation Médicale Continue
FMI :	Formation Médicale Initiale
FUMG :	Filière Universitaire de Médecine Générale
HIA :	Hôpital d'Instruction des Armées
INSEE :	Institut national de la statistique et des études économiques
Loi HPST :	Loi hôpital-patient-santé-territoire
MCA :	Maître de Conférences Associé
MCU :	Maître de Conférences des Universités
MG :	Médecine Générale
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé

PA :	Professeur Associé
PACES :	Première Année Commune aux Etudes de Santé
PCEM :	Premier Cycle des Etudes Médicales
PES :	Pôles d'Enseignements et de Stages
PU :	Professeur des universités
QCM :	Questions à Choix Multiples
RSCA :	Récit de Situation Complexe Authentique.
SASPAS :	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
SFMG :	Société Française de Médecine Générale
SNEMG :	Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale
SUMGA :	Service Universitaire de Médecine Générale Ambulatoire
TCEM :	Troisième Cycle des Etudes Médicales
UE :	Unités d'Enseignements
UFR :	Unités de Formation et de Recherche
WONCA:	World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Introduction

« Aujourd'hui, rien n'a changé : les étudiants à l'université ne reçoivent ni formation théorique en sciences humaines, ni formation pratique, par l'étude de cas, qui pourraient les préparer aux problèmes qu'ils auront à vivre quotidiennement [...] ils quittent l'université sans avoir appris à prendre soin des patients »

« Ces lacunes portent sur l'absence, lors de leur formation initiale puis permanente, d'un enseignement concernant les problèmes d'efficacité et d'efficience posés par la prévention et la conduite à tenir chez les patients qui se plaignent de malaises divers mais ne sont pas atteints d'une maladie [...] Les universitaires ne sont pas intéressés par ces patients et les étudiants en médecine ne sont pas en contact avec eux. Durant leurs stages hospitaliers, les étudiants en médecine sont en relation avec des patients qui souffrent d'une pathologie grave ou bénigne, aiguë ou chronique, mais parfaitement définie. [...] A l'université comme à l'hôpital, les enseignants vont durant des années répéter : « Des symptômes en apparences banaux peuvent cacher une maladie que vous devez découvrir » « Vous devez faire un diagnostic de maladie » »

« Les médecins ne soignent pas correctement les malades et les patients s'ils ne sont pas capables de comprendre les tenants et aboutissants de leurs souffrances [...] Or, à l'université et à l'hôpital, ils n'acquiescent pas une formations aux « humanités ». Les sciences humaines sont exclues de l'enseignement médical constitué quasi exclusivement par les sciences de la vie biologiques. »

« Les objectifs des facultés de médecine n'ont jamais été de former des professionnels, mais de transmettre des connaissances et de vérifier leurs acquisitions. Les récentes réformes veulent faire des médecins non seulement des savants mais aussi des humanistes. Il serait temps que soient mis en place les programmes spécifiques pour former les médecins généralistes qui, dès aujourd'hui et non dans dix ans, sont les hommes clés d'un système de santé efficace et efficient.

Ces programmes spécifiques qui suscitent des oppositions seraient offerts à ceux qui souhaitent exercer les fonctions de médecin généraliste et devraient à l'évidence être mis en place, au plus tard, dès la deuxième année du deuxième cycle des études médicales. Peu importe aux futurs médecins généralistes d'acquiescer des connaissances médicales ésotériques qui leur seront inutiles. Mieux vaudrait qu'ils apprennent, pour remplir les fonctions précédemment énumérées : à écouter et à communiquer avec ceux qui souffrent et sont malades afin de choisir les solutions les plus efficaces pour répondre à leurs besoins ; à collaborer avec tous les acteurs du système de santé, pour mettre au service des malades et des bien portants, avec le maximum d'utilité, toutes les ressources que la collectivité leur confie pour accroître la santé des français. [...]

Pour cela, certes un enseignement hospitalier est nécessaire, mais pas seulement dans les centres hospitaliers et universitaires, car la découverte du monde de la santé implique une formation sur le terrain, dans les institutions sociales, médicales et auprès des professionnels. [...]

Pour accomplir leurs missions actuelles et futures, les médecins généralistes ont besoin d'élargir considérablement leurs connaissances des mondes de la santé publique, de la santé sociale, de l'économie et de connaître d'autres modèles d'identification professionnelle que celui que leur proposent les hospitalo-universitaires. »

« La formation des médecins.

Elle est comparable en 2008 à celle de 1950. Seule différence : les connaissances biologiques ayant progressé, les techniques diagnostiques étant plus nombreuses comme les médicaments, le volume transmis par heure de cours est plus dense. Quelques heures d'enseignement des sciences humaines ont été introduites dans le cursus initial.

Le modèle médical qui détermine le contenu de l'enseignement théorique est biomédical. Il exclut une formation approfondie en sciences humaines.

Les professionnels, à l'exception des infirmières, apprennent à corriger les désordres physiologiques et non à soigner les malades. La formation soignante est totalement absente du cursus universitaire des médecins. Cette formation n'a pas été introduite dans les études médicales car les responsables des unités de formation médicale n'ont pas perçu sa nécessité. [...]

Le modèle biomédical de formation des médecins inclut un enseignement des sciences fondamentales durant deux années, puis une formation clinique hospitalière exclusivement centrée sur la pathologie et non sur le malade. Tout au long de cette formation clinique, un discours humanitaire, théorique, coupé de la réalité des pratiques hospitalières, est rabâché aux étudiants. [...]

Cependant les étudiants, dès les premiers jours de leur vie à l'hôpital, vont en même temps qu'ils enfilent « la blouse blanche » s'imprégner, à travers le vécu de la relation entre les malades et les cliniciens, d'un autre modèle, caché celui-ci, qui affirme le pouvoir et l'autorité des médecins. Au cours des stages successifs, ils vont consolider des comportements, des manières d'être, des discours qui traduisent leur acculturation à ce modèle, les confirmant dans l'opinion qu'ils appartiennent à une élite.

Pour n'être pas capables seulement de traiter des maladies mais aussi de soigner les malades, les médecins, comme les autres professionnels de soins, devraient recevoir une formation théorique et pratique à la fonction soignante dès le début de leurs études.

Si cette formation se situe à la fin de leur scolarité, elle sera sans aucune utilité car les futurs médecins assimilent rapidement les valeurs véhiculées par le modèle de pratique qu'ils vivent quotidiennement dans les stages hospitaliers. [...]

Une formation théorique à la fonction soignante devrait avoir pour but d'amener les professionnels à prendre conscience des dimensions de cette fonction, de son importance et de son utilité pour les malades, à comprendre que le rôle des médecins et des soignants est auprès des patients, d'établir puis de gérer une relation qui permettra aux interlocuteurs de communiquer et d'instaurer un dialogue dont les objectifs seront :

- Donner un sens à la situation créée soit par la maladie, soit par des malaises fonctionnels.*
- Entretenir la vie et satisfaire aux besoins fondamentaux des personnes.*
- Resserrer ou rétablir les liens familiaux et sociaux que la maladie peut distendre ou détruire.*
- Prendre en compte les problèmes psychologiques, familiaux, sociaux, professionnels, économiques et culturels, qui sont à la fois la cause et la conséquence des altérations de la santé du patient [...]*

Pour acquérir les connaissances indispensables à cette fonction de soins, les professionnels ont besoin d'une double formation théorique et pratique.

A l'évidence, soigner suppose des connaissances en sciences humaines (psychologie, sociologie, anthropologie, philosophie, éthique) et en sciences économiques.

Un enseignement élémentaire de psychologie a été rétabli dans le curriculum des études médicales. Son contenu est insuffisant, sa durée trop courte. Il est étonnant de constater que les médecins qui sont confrontés quotidiennement à des drames humains et à des problèmes existentiels d'une variété infinie n'ont pas été préparés par des études théoriques et pratiques à les analyser pour les comprendre et tenter d'y répondre.[...]

La formation pratique des professionnels des soins devrait avoir pour but, parallèlement aux actions techniques qu'exige la fonction thérapeutique, d'apprendre aux praticiens à remplir, en respectant l'intimité et la dignité des patients, les rôles relationnels auxquels les destine leur fonction soignante : accueillir, écouter, parler, annoncer, communiquer, analyser, informer, éduquer, rétablir des liens, relayer, consoler, reconforter, accompagner. [...]

Les soignants doivent apprendre également à réfléchir et à travailler en groupe. [...] à chaque soignant un rôle qui lui est propre : infirmière, médecin, généraliste ou spécialiste, psychologue, assistante sociale, aide-soignante, kinésithérapeute, etc. [...]

Tout au long de cette formation et afin de préparer les soignants aux diverses activités qu'ils devront partager, des temps de réflexion en commun devraient être aménagés pour que les futurs professionnels comprennent leur complémentarité, leur spécificité et leurs rôles respectifs au service des malades. »

Ces réflexions concernant la formation médicale initiale en France sont extraites de l'ouvrage du Professeur Claude Béraud intitulé « Trop de médecine, trop peu de soins ». ⁽²⁾

Le Professeur Béraud fut chef de clinique en cardiologie, professeur de gastroentérologie et hépatologie, puis vice-président de l'université de Bordeaux avant d'occuper le poste de médecin-conseil national de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie puis de devenir conseiller du président de la mutualité française. Au cours de l'ensemble de son parcours professionnel, il a publié de nombreux articles concernant l'organisation des soins, leur qualité, la prévention médicale, l'économie de la santé ainsi que sur la relation médecin-malade.

En 2013, il a publié cet ouvrage contenant un recueil de certains des articles qu'il avait écrits depuis 1970. Dans ce livre, il critique la qualité des soins, l'utilité des traitements ainsi que la formation médicale en France.

Comme il est possible de l'observer dans ces citations issues de l'ouvrage du professeur Béraud, certaines de ses critiques visent plus particulièrement la formation des médecins généralistes.

Ainsi, selon lui, les futurs médecins généralistes seraient :

- mal formés. Leur formation serait incomplète en abordant les problèmes de santé sur un versant exclusivement biomédical par l'acquisition de connaissances scientifiques poussées. Elle ne permettrait pas une approche bio-psycho-sociale nécessaire à la vision globale de problèmes de santé ne pouvant être résolus par l'utilisation isolée de la biomédecine.
- mal encadrés. Leur formation se déroulant en milieu hospitalier, les futurs médecins généralistes n'auraient pas, selon lui, accès à des enseignants travaillant au contact des patients en soins primaires et impliqués dans la discipline qu'ils exerceront plus tard.
- incapables de communiquer avec le patient, de collaborer avec les autres acteurs de soins faute d'enseignements adéquats.

Ces réflexions et critiques visant la formation médicale initiale des futurs médecins généralistes trouvent des échos dans d'autres publications.

Ainsi, la critique d'une vision de la médecine centrée sur l'hôpital ^{(3) (4) (5) (6)} se retrouve dans de nombreux ouvrages et articles, de même que celles de la vision scientifique des études ^{(3) (7) (8)} et de la difficulté de développer un encadrement adapté à la formation des futurs généralistes. ⁽³⁾⁽⁹⁾

Si la formation d'un étudiant se destinant à la médecine générale est aussi critiquable et inadaptée, comment celui-ci peut-il devenir un professionnel compétent ?

Ces critiques sont-elles excessives ?, datées ?, fondées ?...

Le but de la formation médicale initiale d'un médecin généraliste est de former des professionnels compétents. C'est-à-dire apte à assumer l'ensemble des problèmes de santé que peuvent présenter leurs patients.

Si la formation médicale initiale orientée vers la pratique de la médecine générale est inadaptée alors les jeunes médecins généralistes débutant leur activité ambulatoire en autonomie complète doivent se sentir incompetents et perdus. Prendre l'avis de ces jeunes médecins généralistes sur la qualité de leur formation médicale initiale, après quelques mois à années de confrontation à l'exercice autonome quotidien, pourrait mettre en lumière les points de la formation médicale initiale à améliorer.

C'est sur ce raisonnement que s'est basée cette étude sur l'adéquation entre la formation médicale initiale et la pratique de la médecine générale ambulatoire.

La médecine générale est devenue une spécialité médicale en 2004. Cette reconnaissance de la médecine générale en tant que spécialité à part entière et la création d'un diplôme d'enseignement spécialisé sont le fruit d'une longue évolution ayant permis une amélioration continue de la formation médicale initiale des médecins généralistes. Les premières promotions de spécialistes en médecine générale exercent de manière autonome depuis 2007 après avoir obtenu la certification de leur compétence à pratiquer concluant les neuf années de leur formation médicale initiale.

Prendre l'avis des spécialistes en médecine générale, récemment diplômés à Brest, sur leur formation initiale permettrait ainsi une critique, positive ou négative, et constructive de cette dernière. Ces jeunes spécialistes permettraient alors de réaliser une nouvelle étape dans l'amélioration continue du cursus, pouvant ainsi bénéficier aux futures promotions à former.

Dans un premier temps, ce travail a tenté de démontrer que la mise en place d'une formation médicale initiale orientée vers la médecine générale n'est pas une chose aisée et que celle-ci doit faire face à de nombreuses contraintes.

Dans un second temps, l'étude détaillera la mise en place pratique de cette formation adoptée au sein de la faculté de médecine de Brest.

Enfin, seront abordés la réalisation ainsi que les résultats de cette recherche.

Facteurs influençant la mise en place de la formation médicale initiale de médecine générale en France.

Selon Philippe Perrenoud, la qualité d'une formation professionnelle se joue d'abord dans sa conception, puis ensuite dans sa mise en œuvre. ⁽¹⁾

Cette partie abordera les facteurs influençant la conception d'une formation médicale initiale orientée vers la médecine générale en France.

Une formation professionnelle prépare à une pratique, à un métier ⁽¹⁾. Il faut alors que ce métier soit défini de manière assez précise et consensuelle pour que la formation soit de qualité. Ce travail abordera la difficulté de mettre en place une formation adéquate pour l'apprentissage de la médecine générale à travers la difficulté d'aboutir à une définition consensuelle de la spécialité, puis à travers celle de définir des objectifs d'apprentissages à partir de cette définition.

Pour qu'une formation professionnelle puisse se mettre en place, il faut un environnement propice à son développement ainsi que des formateurs investis ⁽¹⁾. Ainsi, en retraçant l'historique de la formation médicale ce travail étudiera les difficultés et les évolutions ayant permis d'aboutir à la formation actuelle. Le but de cette étude sera de démontrer l'influence du contexte historique sur la possibilité de mettre en place une formation orientée vers la médecine générale ainsi que de décrire l'amélioration continue de celle-ci.

Une fois les caractéristiques du métier et les objectifs d'apprentissages définis, une formation professionnelle se doit d'utiliser des modalités pédagogiques adaptées ⁽¹⁾. Ce travail abordera alors l'influence des choix pédagogiques sur la qualité de la formation en France.

Une dernière source de contraintes, lors de la conception d'une formation professionnelle, est le respect des règlements. Les contraintes réglementaires entourant la formation médicale initiale en France seront étudiées afin de pouvoir en analyser les influences sur la qualité de celle-ci.

I. Définition de la médecine générale :

« Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement, et les mots pour le dire arrivent aisément. »

Nicolas Boileau

Définir ce qu'est précisément la médecine générale n'est pas chose aisée.

On retrouve, de nos jours, plusieurs équivalents d'usage de l'expression « médecine générale » qui permettent de décrire certaines caractéristiques de la médecine générale. Cette partie abordera, dans un premier temps, la définition des notions connexes de la médecine générale dans un souci de clarté avant d'aborder l'évolution historique de la définition de la médecine générale ayant permis d'aboutir à celle retenue pour le présent travail.

A. Notions connexes :

Lors de la réalisation des entretiens, de nombreuses notions dérivées ou rattachées à la médecine générale ont été mentionnées par les médecins interrogés. Ainsi, pour améliorer la compréhension des lecteurs, il a paru nécessaire de réaliser quelques précisions sur ces notions.

1. La médecine ambulatoire ou de ville.

La définition des soins ambulatoires selon l'INSEE ⁽¹⁰⁾ est :

« Les soins ambulatoires (ou soins de ville) comprennent les soins effectués en cabinet de ville, en dispensaire, centres de soins ou lors de consultations externes d'établissements hospitaliers publics ou privés. Ils se composent des soins dispensés au titre de l'activité libérale par les médecins, les dentistes et les auxiliaires médicaux (les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes), des actes d'analyse effectués en laboratoire et des soins dispensés en cures thermale. »

La notion de médecine ambulatoire recouvre l'aspect majoritairement rencontré au niveau de l'organisation pratique des soins en médecine générale, c'est-à-dire une prise en charge se déroulant sans hospitalisation et dans un temps réduit. Cette notion n'est pas spécifique à la médecine générale et peut convenir à la chirurgie ambulatoire, aux bilans en hôpital de jour... D'ailleurs, il est observable que de plus en plus de médecins généralistes exercent au sein d'hôpitaux, cliniques centres de soins de suite. Cette notion de médecine ambulatoire ne peut suffire à définir la médecine générale.

2. La médecine Libérale.

La médecine générale fait partie des professions libérales réglementées qui sont régies par des conditions de diplôme, d'inscription, des règles d'exercice et déontologiques qui leur sont propres. La plupart sont organisées en ordres professionnels, dont la principale mission est de veiller au respect de ces règles et de prendre, le cas échéant, des sanctions disciplinaires.

La définition légale de la profession libérale est celle que donne la Directive européenne relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles ⁽¹¹⁾ :

« Dans la mesure où elles sont réglementées, la présente directive couvre aussi les professions libérales, c'est-à-dire, au sens de cette directive, toute profession exercée sur la base de qualifications professionnelles appropriées, à titre personnel, sous sa propre responsabilité et de façon professionnellement indépendante, en offrant des services intellectuels et conceptuels dans l'intérêt du client et du public. L'exercice de la profession peut être soumis dans les États membres, en conformité avec le traité, à des obligations juridiques spécifiques, basées sur la législation nationale et la réglementation établie dans ce cadre de manière autonome par l'organe professionnel représentatif compétent, qui garantissent et améliorent le professionnalisme, la qualité du service et la confidentialité des relations avec le client ».

La notion de médecine libérale recouvre l'aspect réglementaire de la pratique. Cette notion n'est, là encore, pas spécifique à la médecine générale. De plus, la médecine libérale ne représente pas le seul mode d'exercice disponible pour le médecin généraliste. Ce dernier pouvant avoir une activité salariée ou mixte.

Là encore, la notion de médecine libérale ne permet pas de définir la spécialité.

3. La médecine de famille.

La notion de médecine de famille se retrouve dans la définition de la médecine générale de la WONCA Europe⁽¹²⁾ datant de 2002, ce qui met l'accent sur la proximité et la vision holistique nécessaire à la pratique de la profession. Cette notion ne permet pas de définir la médecine générale à elle seule. La Définition de la médecine générale, selon la WONCA Europe, sera explorée plus loin dans ce travail.

4. La médecine de premier recours ou de soins primaires.

Les soins primaires ont été définis par l'OMS en septembre 1978 par la conférence d'Alma-Ata⁽¹³⁾:

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination . Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. »

Les soins de santé primaire ont également été définis par la WONCA Europe en 2002 comme⁽¹²⁾:

« La partie d'un système de santé, habituellement dans la communauté du patient, où a lieu le premier contact avec un professionnel de santé (en excluant les traumatismes et affections médicales majeures) »

Les soins de premiers recours sont eux définis par l'Article L1411-11 du Code de la santé publique ⁽¹⁴⁾:

« L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7. Ces soins comprennent :1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;4° L'éducation pour la santé. Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux ».

Ces notions de premiers recours ou de soins primaires permettent de définir une partie de la spécificité de la médecine générale en tant que premier échelon du système de soins disponible pour les patients et en tant que soins de proximité. Elles ne peuvent servir, à elles seules, de définition à la médecine générale.

5. Synthèse

L'étude de l'ensemble de ces notions connexes, a permis d'observer que celles-ci sont utiles mais insuffisantes pour préciser la définition de la médecine générale.

B. Une définition issue d'une longue évolution.

La médecine générale fut longtemps considérée comme une branche de la profession médicale sans base de recherche dont la formation était peu développée. C'est dans ce contexte que fut proposée une définition qui sera la première d'une longue évolution permettant d'aboutir à la définition actuelle.

1. Définition de Leeuwenhorst (1974) ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁶⁾

Quatre ans après la première conférence sur l'enseignement de la médecine générale ayant eu lieu à Bruxelles en 1970, le collège Néerlandais de médecine générale a organisé une seconde conférence dans le centre Leeunwenhorst à Noordwijkerhout.

Lors de cette seconde conférence, un groupe de travail constitué de 15 membres issus de 11 pays européens a été formé. Ses membres se sont réunis deux fois par an à partir de 1974.

Le but de ce groupe était triple ⁽¹⁶⁾:

- Echanger des informations, des visions et des expériences sur la médecine générale dans différents pays européens.
- Tenter de développer la réflexion sur l'enseignement et la pratique de la médecine générale.
- Encourager les participants du groupe à poursuivre leur lutte au sein de leur pays pour la reconnaissance de la discipline.

A la suite de ce travail, ce groupe a publié la définition suivante tentant de décrire les tâches que doit accomplir un médecin généraliste. Cette définition des tâches réalisables par un médecin généraliste permet d'avoir une première idée de ce que peut être celle de la médecine générale.

« Le médecin généraliste est un diplômé en médecine qui fournit des soins primaires, personnalisés et continus, aux personnes, aux familles et à la population, indépendamment de l'âge, du sexe et de la maladie. C'est la synthèse de ces fonctions qui est unique. Il prend en charge ses patients au sein de son cabinet médical, à domicile, ou parfois même en clinique ou à l'hôpital. Il tente d'établir un diagnostic précoce. Il inclut et intègre des facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans la gestion de la santé et des maladies. Cela se ressentira dans les soins fournis aux patients. Il prendra une décision initiale pour chaque problème qui se présentera à lui en tant que médecin. Il assurera la continuité des soins pour ses patients atteints d'affections chroniques, récurrentes ou terminales. Des contacts prolongés lui permettent de rassembler l'information selon un rythme adapté au patient, et de construire une relation basée sur la confiance, qui peut être utilisée à des fins professionnelles. Il pratiquera la médecine en collaboration avec d'autres collègues médicaux et non-médicaux. Il saura quand et comment intervenir pour traiter, prévenir, éduquer et promouvoir la santé de ses patients et de leurs familles. Il reconnaîtra sa responsabilité professionnelle envers la communauté. ⁽¹⁵⁾ »

Cette définition, rédigée dans un contexte peu favorable à l'apprentissage de la médecine générale, aura eu le mérite de lancer le débat quant à la reconnaissance des spécificités de cette pratique. Elle sera progressivement complétée et modifiée par l'apport de nouveaux travaux.

Les principaux points pouvant caractériser la médecine générale, selon cette définition, sont les suivants :

- L'exercice en soins primaires.
- La continuité des soins, le suivi au long cours.
- L'influence du contexte, de l'environnement du patient dans la prise en charge.
- L'accès aux soins non sélectionné.
- L'intervention à un stade précoce des maladies.
- La vision holistique avec l'intégration de facteurs bio-psycho-sociaux.
- L'importance de la relation de confiance.
- La nécessité d'une collaboration lors de la prise en charge.
- La promotion de l'éducation et de la prévention.
- L'orientation communautaire de la pratique.

Un point différenciant sensiblement des autres définitions rédigées par la suite, est à soulever ici : la possibilité d'un exercice hospitalier pour les médecins généralistes. Ce point ne sera pas précisé dans les définitions suivantes jusqu'en 1998.

2. La première définition de la WONCA (1991) ⁽¹⁷⁾

En 1991, dans sa déclaration sur le rôle du médecin généraliste au sein des systèmes de soin, la WONCA (The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) a produit une définition du rôle du médecin généraliste à partir de laquelle il est possible d'approcher celle de la médecine générale.

« Le médecin généraliste/médecin de famille est responsable de fournir des soins complets à toute personne qui en fait la demande, et d'organiser l'accès aux services d'autres professionnels si nécessaire. Le médecin généraliste/médecin de famille accepte tous ceux qui cherchent à obtenir des soins, alors que d'autres fournisseurs de soins limitent l'accès à leurs services en fonction de l'âge, du sexe ou du diagnostic. Le médecin généraliste/médecin de famille prend en charge la personne dans le contexte de sa famille, la famille dans le contexte de sa communauté, indépendamment de la race, de la religion, de la culture, ou de la classe sociale. Il possède les compétences cliniques pour fournir la majorité des soins requis, prenant en compte les facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques. En plus de cela, il assume personnellement la responsabilité de la continuité et de la globalité des soins à ses patients. Le médecin généraliste/médecin de famille exerce sa profession en fournissant des soins lui-même, ou au travers des services de tierces personnes, selon les besoins du patient et des ressources disponibles au sein de la communauté qu'il sert. »⁽¹⁷⁾

Cette définition du médecin généraliste, bien que très proche de celle de Leeunwenhorst en diffère par quelques points.

Ici, le caractère ambulatoire ou hospitalier de l'exercice n'est pas précisé.

On peut aussi noter l'absence de certaines notions abordées par la définition de 1974. Ici, il n'y a pas de référence aux soins primaires, à l'intervention à un stade précoce des maladies, à l'importance de la relation, à la promotion de l'éducation et de la prévention.

On peut observer également l'apparition de la notion de médecine de famille. Cette dernière était évoquée par la définition de 1974 comme facteur à prendre en compte. Ici, la WONCA renforce l'idée que les soins sont intra familiaux évoquant ainsi la proximité avec le patient en médecine générale.

3. Les travaux de J.L. Galais (1994)⁽¹⁸⁾

En 1994, le Docteur Galais a dirigé un travail de la société française de Médecine générale (SFMG), portant sur les actes et fonctions du médecin généraliste.

Cette étude ne portait pas sur la définition de la médecine générale. Elle visait à objectiver les caractéristiques essentielles des différentes fonctions médicales et sociales des médecins généralistes. A travers ces caractéristiques, elle permettait ainsi d'approcher la définition de la médecine générale.

Selon le Docteur Galais, cette recherche répondait à plusieurs nécessités dont l'amélioration de l'organisation du système de soins, l'amélioration de la qualité des soins proposés en médecine générale et l'amélioration de l'enseignement médical initial et continu en médecine générale.

Les conclusions de cette étude sont les suivantes :

« Le médecin généraliste est un professionnel de la santé :
Disponible et accessible pour tous les âges de la vie.
Assurant la continuité des soins personnalisés au cabinet comme au domicile.
En position de médiation et régulation à l'interface des acteurs médicaux, sociaux et de la famille.
Compétant pour gérer la diversité des aspects curatifs et préventifs de la santé.
Consacrant un temps important aux activités de formation et de gestion. »⁽¹⁸⁾

Par rapport aux précédentes définitions, il existe là aussi quelques variations importantes.

Ainsi, le caractère ambulatoire de la pratique est ici évoqué alors que la notion de soins primaires disparaît.

Le principe d'accès non sélectionné est toujours présent. Ici, il est également spécifié que le médecin généraliste se doit d'être disponible, notamment pour les urgences.

On peut également observer qu'ici le médecin généraliste se doit de collaborer ainsi que d'avoir une activité de coordination des soins proposés aux patients.

Cette étude fait aussi apparaître l'existence de tâches importantes pour caractériser un médecin généraliste, bien qu'elles ne soient pas directement liées aux soins prodigués. Ces tâches sont d'ordre professionnel avec la mise en avant de l'importance de la formation continue et de la gestion d'un cabinet médical.

Dans cette « définition » de la médecine générale, certaines notions que l'on retrouvait auparavant ne sont pas évoquées. Ainsi, l'importance de la prise en compte du contexte et l'intervention à des stades précoces des maladies dans la prise en charge effectuée par un médecin généraliste n'y figurent pas.

4. Les dix principes permettant de définir la médecine générale selon la WONCA Europe(1995) ⁽¹⁹⁾

Les précédentes définitions visaient à définir la médecine générale à partir de tâches réalisées par un médecin généraliste.

Selon B. Gay, ces productions avaient l'inconvénient de faire naître une confusion entre la définition la médecine générale et celle du médecin généraliste.

Un autre inconvénient de ces travaux était de faire naître l'idée que la pratique de la médecine générale peut être standardisée d'un pays à un autre, ce qui néglige l'influence du contexte et de la complexité de la pratique en médecine générale.

Ainsi, la démarche de B. Gay fut différente. Selon lui, les tâches qu'un médecin généraliste doit accomplir sont influencées par les principes fondamentaux caractérisant la discipline, les besoins des patients et l'organisation des systèmes de santé.

Cette approche permet de montrer la complexité de la médecine générale en fonction du contexte de soin.

Selon les conclusions de ce travail, l'approche théorique de la médecine générale est fondée sur 10 principes de base. Leur coexistence permet la définition de la discipline clinique. Ces principes sont :

- 1. un grand champ d'activités défini par les besoins du patient et par ses demandes,*
- 2. une réponse à la plupart des demandes de santé,*
- 3. une approche centrée sur le patient,*
- 4. une prise en compte de l'environnement du patient (contexte familial, communauté),*
- 5. le traitement simultané de plaintes et de pathologies multiples,*
- 6. la continuité des soins,*
- 7. la coordination des soins,*
- 8. une faible prévalence des maladies graves,*
- 9. des soins à un stade précoce des pathologies,*
- 10. une efficacité en termes de coûts⁽¹⁹⁾*

Cette étude a permis de faire naître un modèle pour caractériser la médecine générale. Il s'agit d'un modèle global, dans lequel la plainte du patient est vue comme l'interaction de nombreux facteurs pouvant être biologiques, humains et environnementaux. Selon Gay, l'appropriation de ce modèle «holistique» peut renforcer la discipline et son enseignement.

L'interaction des principes de la spécialité et des tâches professionnelles réalisées par un médecin généraliste permettent de décrire les compétences fondamentales à acquérir pour exercer et qui doivent orienter la formation médicale.

Cette définition est la première à aborder directement les spécificités de la médecine générale, les précédentes ayant tenté de la décrire à travers la description du médecin généraliste.

5. La définition de la Société Française de Médecine Générale ⁽²⁰⁾

Cette définition est issue d'un travail de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) visant à rédiger un référentiel métier et compétence. Celui-ci devait alors permettre de guider la formation médicale initiale par l'intermédiaire de la description des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale.

La description du métier retenue par ce travail est la suivante :

« Le médecin généraliste est un professionnel qui a reçu une formation spécifique. Il est chargé de donner des soins personnels primaires et d'entretien à quiconque se présente. Il rencontre ses patients dans leur cadre de vie. Il réalise en permanence un travail de synthèse, dans l'immédiat et dans la durée, de tous les facteurs somatiques, psychologiques et sociaux. Il répond à une demande de prise en charge en mettant en jeu sa responsabilité personnelle, dans le but d'assurer la meilleure réponse.

Ses contacts prolongés lui permettent de recueillir des informations à un rythme adapté à chaque malade et d'établir des rapports de confiance qu'il peut exploiter sur le plan professionnel. Il exerce ses fonctions en coopération avec des collègues, médecins ou non. Il est capable de jouer son rôle en tant que membre d'une équipe de santé, tout en continuant à assumer la responsabilité personnelle de prise en charge de son malade à titre individuel.

Compétent cliniquement, il doit savoir comment et quand intervenir par les soins, la prévention et l'éducation, en vue de sauvegarder la santé de ses patients et de leurs familles. Il se reconnaît en outre la responsabilité de donner des avis autorisés sur les questions concernant la santé de la collectivité au sein de laquelle il vit. » ⁽²⁰⁾

Cette définition n'aborde pas de nouvelles caractéristiques de la médecine générale.

L'innovation essentielle de cette définition est l'évocation d'une formation spécifique nécessaire. Ceci montre la progression de la pression que font alors peser les sociétés savantes de médecine générale pour que soit reconnue la nécessité d'un diplôme d'étude spécialisé (DES) comme pour le reste des autres spécialités médicales.

Cette définition est également la seconde après celle de J.L. Galais à aborder le caractère uniquement ambulatoire de la médecine générale.

6. L'approche de L'OMS (1998) ⁽²¹⁾

Ce document édité en 1998 pour l'Organisation Mondiale de la Santé Europe, décrit les caractéristiques de la médecine générale en tant que spécialité et les conditions de son

développement. Il vise à ce que dans tous les États membres, les soins de santé primaires puissent répondre aux besoins fondamentaux de la population en matière de santé.

Cette démarche rejoint celle de B. Gay en abordant la médecine générale par ses caractéristiques principales plutôt que par les tâches réalisées par un médecin généraliste.

Les caractéristiques décrites dans ce document de l'OMS Europe peuvent être considérées comme les attentes que les systèmes de soins européens peuvent avoir vis-à-vis de la médecine générale. Elles sont ainsi définies:

Générale

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

Continue

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

Globale

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

Coordonnée

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

Axée sur le travail en collaboration

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

Orientée vers la famille

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

Locale

Les problèmes du patient doivent être examinés compte tenu de son cadre de vie local. Le médecin de famille doit être conscient des besoins sanitaires du quartier ou de la collectivité au sein de laquelle il exerce et collabore avec des professionnels et des organismes d'autres secteurs et avec des associations d'entraide afin de mettre en place des solutions positives pour remédier aux problèmes sanitaires locaux⁽²¹⁾

7. La définition de Olesen, Dickinson et Hjortdahl (2000) ⁽²²⁾

Cette définition visait à réaliser une révision de la définition du rôle du médecin de famille issue de la définition de Leeuwenhorst pour la rendre universelle et permettre de servir de base à l'enseignement de la médecine générale ⁽¹²⁾.

Pour Olesen et al., les différentes définitions proposées antérieurement sont trop précises et restrictives. Ils précisent également que certaines notions présentées comme définissant la médecine générale ne sont pas spécifiques de la spécialité.

Ils proposent ainsi une définition plus générale acceptant des chevauchements avec d'autres spécialités médicales.

La définition issue de ce travail est la suivante :

« Le médecin généraliste – médecin de famille est un spécialiste formé pour le travail de soins primaires d'un système de santé et formé à prendre les mesures initiales pour fournir des soins aux patients indépendamment du type de problème(s) de santé présenté(s). Le médecin généraliste – médecin de famille prend soin des personnes au sein d'une société, indépendamment du type de maladie ou d'autres caractéristiques personnelles ou sociales. Il organise les ressources disponibles du système de santé à l'avantage de ses patients. Le médecin généraliste s'engage avec des individus autonomes dans les domaines de la prévention, du diagnostic, des soins, y compris palliatifs, de l'accompagnement et de la guérison, en utilisant et en intégrant les sciences biomédicales, la psychologie et la sociologie médicale. »⁽²²⁾

Cette définition ne mentionne pas certaines notions que l'on retrouvait antérieurement telles que la continuité des soins, l'importance de la relation sur le long terme, la prise en compte du contexte familial et social. En effet, selon les auteurs, ces notions n'étant pas spécifiques à la médecine générale, elles ne permettent pas d'en faire une définition.

Par contre, elle permet de souligner une caractéristique qui n'avait pas été abordée jusqu'alors. L'intégration des données basées sur les sciences biomédicales dans cette définition de la médecine générale montre l'influence croissante de l'Evidence-based Medicine⁽²³⁾.

C. La définition de la médecine générale faisant consensus : La définition de la WONCA Europe (2002) ⁽¹²⁾

Il existe de nombreuses variations au niveau des différentes approches de la définition de la médecine générale. Aucune de celles-ci ne réussit à en donner une définition exhaustive, regroupant l'ensemble des notions importantes pour les différents auteurs.

Certains auteurs, comme Olesen et al., rejettent l'idée d'une définition exhaustive qui exclurait alors de nombreux praticiens bien que ceux-ci se revendiquent membre de la spécialité.

Cette étude des différentes définitions a permis d'objectiver qu'un manque de consensus existait quant à l'approche théorique permettant d'aboutir à une définition de la spécialité.

Un travail de synthèse était nécessaire.

Cette synthèse est issue des réflexions d'un groupe de travail réalisé au sein de l'EURACT (the European Academy of Teachers in General Practice).

Les réflexions, ayant abouti à cette synthèse, ont débuté suite à la publication de la définition d'Olesen et al. ⁽²²⁾ mettant à jour les difficultés à obtenir un consensus quant aux caractéristiques de la spécialité.

Cette nouvelle définition de la médecine générale selon la WONCA visait à définir les caractéristiques de la spécialité de manière consensuelle. Et à partir de celles-ci, à définir, par la suite, les objectifs de formation visant à l'acquisition des compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale.

Trois questions ont été posées au groupe de travail de l'EURACT pour servir de base aux réflexions.

Qu'est-ce qu'un médecin généraliste ? Que fait-il actuellement, que devrait-il faire ?

Avons-nous besoin de définir la discipline en définissant les tâches du médecin de famille, les principes sous-jacents ou les deux ?

De nombreuses personnes travaillent dans la discipline de façon limitée (par leur système de santé); doivent-ils être considérés comme des médecins généralistes ? Existe-t-il une différence entre un médecin généraliste et un spécialiste en médecine de famille ⁽¹²⁾ ?

Ces trois questions visaient alors à répondre aux critiques d'Olesen et al. ⁽²²⁾

Le travail de la WONCA Europe fut de reprendre les différentes définitions de la médecine générale proposées jusqu'alors en tentant d'en faire une synthèse regroupant l'ensemble des particularités de la médecine générale.

A la suite de ce travail de synthèse, ont pu être définies les caractéristiques essentielles de la discipline ainsi que le rôle des médecins généralistes au sein du système de soins.

Ce travail a également permis de décrire les compétences essentielles requises pour qu'un médecin généraliste puisse exercer et devant servir de base aux programmes de formation et d'assurance de qualité afin d'assurer le développement de la médecine générale.

Les compétences nécessaires au médecin généraliste ainsi que le rôle de ces dernières dans la formation médicale seront abordées plus loin dans ce travail.

La définition de la médecine générale issue des travaux de la WONCA est la suivante⁽¹²⁾ :

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

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

A) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

B) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

C) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

D) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.

E) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.

F) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.

G) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

H) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.

I) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace

J) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.

K) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle »

Cette définition a permis également de définir les rôles du médecin généraliste dans la société⁽¹²⁾ :

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

Contrairement aux précédentes définitions, celle de la WONCA Europe a pris le parti de traiter de la médecine générale et des tâches du médecin généraliste ce qui a permis de lever la critique d'une confusion entre la spécialité et le rôle du spécialiste et d'aboutir à un consensus.

D. Synthèse

La réalisation de cet historique a permis d'objectiver qu'il aura fallu vingt-huit ans et de nombreux essais aux sociétés savantes de médecine générale européennes pour réussir à réaliser une synthèse, et à obtenir un consensus sur la définition de la médecine générale et le rôle des médecins généralistes dans la société.

Ces difficultés à concevoir des définitions consensuelles montrent la complexité de la spécialité.

On peut alors penser que concevoir un enseignement médical permettant de former des médecins compétents sur l'ensemble d'une spécialité aussi complexe n'est pas une chose aisée.

II. Quelles compétences pour exercer ?

« Il faut se fixer des buts avant de pouvoir les atteindre. »

Michael Jordan

Dans sa définition de la médecine générale, la WONCA Europe précise que la description des compétences nécessaires à la pratique de la spécialité doit pouvoir orienter les programmes de formation initiale et continue afin de former des spécialistes efficaces.

Cette partie va aborder la définition du concept de compétence. Dans un second temps, elle abordera les compétences retenues pour orienter les formations en médecine générale.

Le but de cette partie est de montrer la complexité de pouvoir décrire les compétences liées à la spécialité et la difficulté d'organiser une formation médicale adéquate permettant l'acquisition de celles-ci.

A. Définition de la compétence

1. Selon la WONCA Europe (2002) ⁽¹²⁾:

« Les compétences peuvent être définies comme étant les capacités du médecin généraliste à accomplir avec succès une série de tâches observables, indépendamment du travail habituel. Donc, la compétence peut être assimilée à la capacité d'un individu à réagir au niveau requis dans toutes situations. Dans la pyramide de Miller, le niveau "savoir" (information de base), le niveau "savoir comment" (capacité d'appliquer les connaissances) et "montrer" (capacité à démontrer) sont liés au concept de la compétence.

La performance peut être décrite comme étant ce que le médecin réalise au niveau clinique et au niveau de la communication avec les patients de manière journalière ; la performance est liée au niveau "faire" de Miller. »⁽¹²⁾

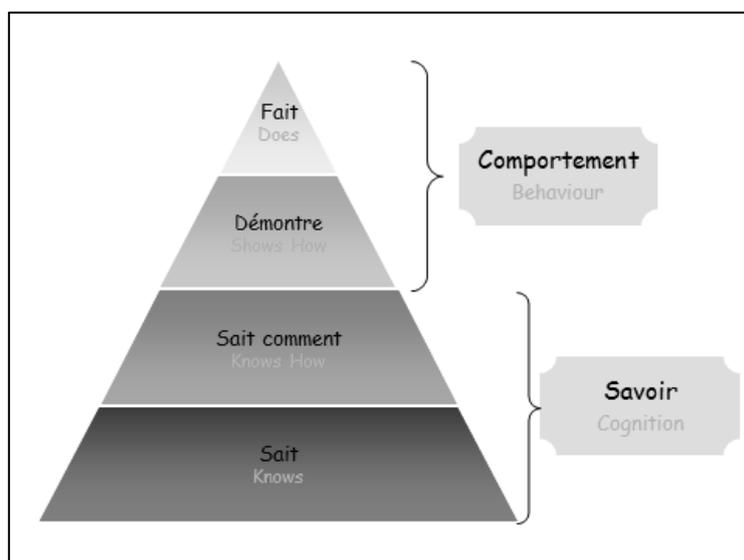


Figure 1 : La pyramide de Miller⁽²⁴⁾

La pyramide de Miller permet de visualiser la progression du sujet apprenant dans l'acquisition de compétences professionnelles. Ce modèle permet de distinguer deux étapes d'acquisition et d'intégration de compétences.

Au premier niveau, se retrouvent les ressources mobilisées, les savoirs ou connaissances. L'étudiant est en mesure de restituer un certain nombre de connaissances, qui sont complètement déconnectées de la pratique.

Pour clarifier le propos, il est possible de prendre un exemple se rapportant aux études médicales. Un étudiant va, d'abord, apprendre ce que sont les méninges et les rapports anatomiques au niveau du rachis lombaire. Dans un second temps, il apprendra les signes d'une méningite et les repères anatomiques permettant de réaliser une ponction lombaire.

A ce stade, bien que les étudiants connaissent les bases théoriques de la réalisation d'une ponction lombaire, ils ne sont pas pour autant capables d'en réaliser une.

Au second niveau, se situe le domaine de la mise en pratique de ces connaissances de base.

L'étudiant sera d'abord en mesure de démontrer, voire de reproduire des situations standardisées sous supervision. Il est possible de reprendre l'exemple de la ponction lombaire. Ici, l'étudiant sera en mesure de réaliser le geste technique sous supervision.

La seconde étape de ce niveau sera la pratique autonome face à des situations cliniques authentiques. L'étudiant saura alors choisir la posture la plus adéquate vis-à-vis de la situation rencontrée. Pour reprendre l'exemple, l'étudiant sera alors capable, face à une situation clinique authentique, non supervisée, de rechercher des symptômes évocateurs de méningite, de décider si une ponction lombaire est nécessaire et de réaliser le geste technique adéquat. Il aura alors atteint le niveau « faire » de la pyramide de Miller définissant la compétence selon la WONCA Europe.

Ce niveau « faire » peut être défini par la faculté d'un individu de combiner un ensemble de connaissances de bases théoriques et leur mise en application pratique pour la résolution d'un cas singulier, c'est-à-dire la capacité à combiner savoir, savoir-faire, et savoir-être.

Cette combinaison peut être résumée par le schéma suivant ⁽²⁵⁾ issu du blog d'Henri Boudreault Ph.D.

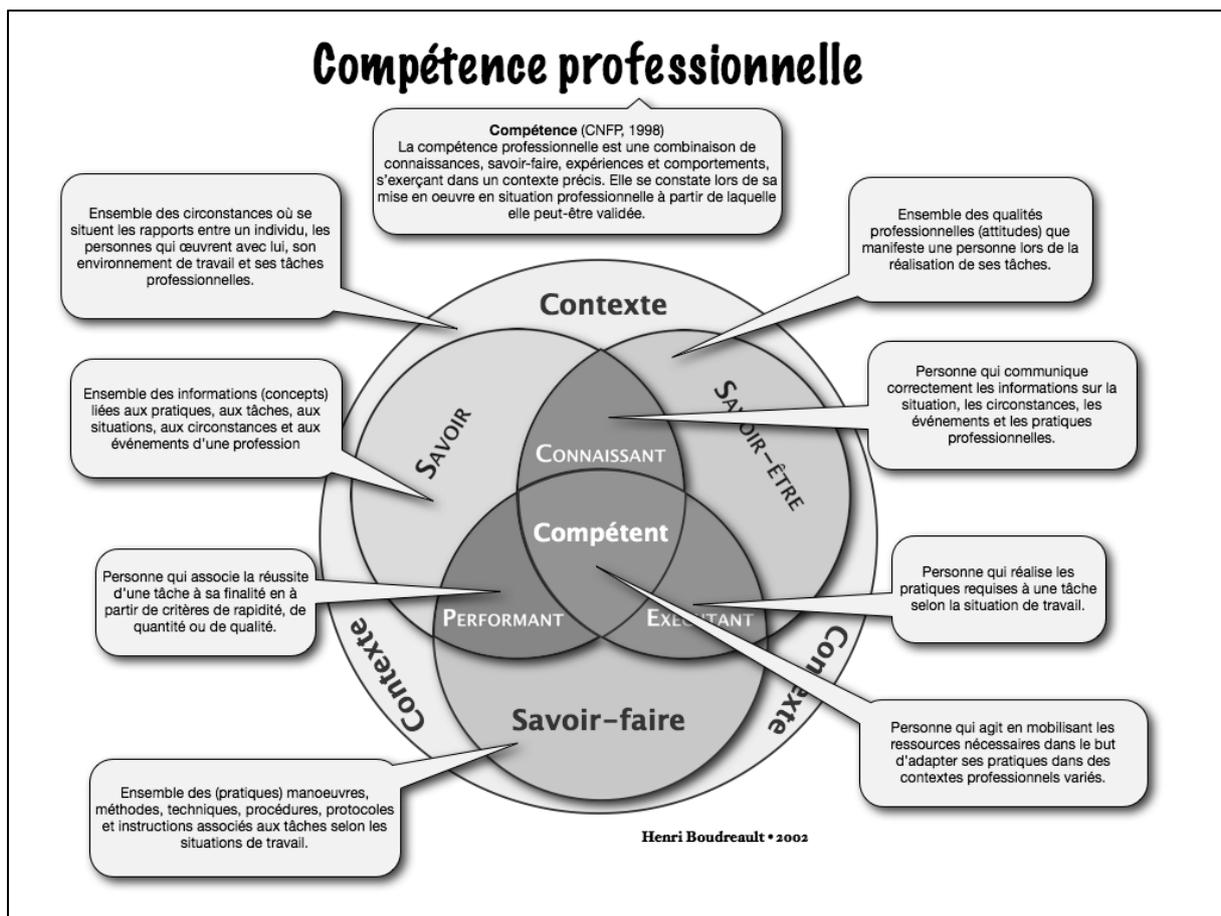


Figure 2: la compétence professionnelle selon H. Boudreault⁽²⁵⁾

Cette définition de la compétence de la WONCA Europe est peu précise et laisse une liberté d'interprétation.

2. Un travail de synthèse pour définir la compétence

Définir la notion de compétence n'est pas une chose aisée et de nombreuses définitions coexistent. Ces définitions de la compétence ont souvent un caractère général et approximatif. Par ce seul fait, le concept même de compétence reste peu opérationnel. En effet, si celui-ci n'est pas déjà lui-même défini avec précision, comment peut-on définir des compétences orientées vers la pratique médicale de manière adéquate ?

Jonnaert a tenté en 2002 de réaliser une synthèse des différentes approches de la compétence retrouvées dans la littérature pédagogique. Cette synthèse est regroupée dans le tableau suivant :

Une compétence	D'Hainaut, 1988	Raynal et Rieunier, 1997	Gillet, 1991	Jonnaert, Lauwaers, Pesenti, 1990	Perrenoud, 1997
Fait référence à un ensemble d'éléments	<i>Des savoirs, des savoirs faire et des savoir-être</i>	<i>Des comportements</i>	<i>Un système de connaissances, conceptuelles et procédurales</i>	<i>Des capacités</i>	<i>Des ressources</i>
Que le sujet peut mobiliser		<i>Ces comportements sont potentiels</i>	<i>Ces connaissances sont organisées en schémas opératoires</i>	<i>Ces capacités sont à sélectionner et à coordonner</i>	<i>Ces ressources sont mobilisables</i>
Pour traiter une situation	<i>Traitement des situations</i>	<i>Une activité Complexe</i>	<i>L'identification d'une tâche-problème et sa résolution</i>	<i>La représentation de la situation par le sujet</i>	<i>Un type défini de situations</i>
Avec succès	<i>« exercer convenablement un rôle, une fonction ou une activité »</i>	<i>« exercer efficacement une activité »</i>	<i>« une action efficace »</i>	<i>« répondre plus ou moins pertinemment à la sollicitation de la représentation de la situation »</i>	<i>« agir efficacement »</i>

Figure 3: comparaison de différentes définitions du concept de compétence (Jonnaert, 2002 : 31) ⁽²⁶⁾

Selon Jonnaert, il ressort au moins trois éléments constants constitutifs du concept de compétence de ces définitions ⁽²⁶⁾ :

- La mobilisation et la coordination par une personne en situation d'une diversité de ressources : des ressources propres à la personne et des ressources spécifiques à la situation et son contexte
- Le développement en situation
- L'idée que le traitement de la situation doit être achevé pour qu'il y ait compétence.

A la suite de cette synthèse, il est possible de définir le concept de compétence par :

« La mise en œuvre par une personne en situation, dans un contexte déterminé, d'un ensemble diversifié mais coordonné de ressources ; cette mise en œuvre repose sur le choix, la mobilisation et l'organisation de ces ressources et sur les actions pertinentes qu'elles permettent pour un traitement réussi de cette situation » ⁽²⁶⁾

Une telle définition reste, là encore, très générale. Elle permet, tout de même, de faire ressortir quelques éléments utiles pour un développement de formation basée sur la compétence.

Ainsi, si on veut faire acquérir des compétences à un étudiant, il faut que celui-ci soit mis en situation de mobiliser des ressources internes et externes afin de proposer une action réfléchie et adaptée.

C'est ici la base de l'approche par compétence.

3. La compétence selon le CNGE

En 2005, le CNGE a posé la définition suivante pour bâtir son cadre de certification des jeunes médecins généralistes :

« La compétence : savoir agir complexe, en lien avec le contexte d'apprentissage ou de l'exercice, qui intègre plusieurs connaissances et qui permet à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné. »⁽²⁷⁾

Le CNGE a retenu une définition de la compétence plus précise que celle de la WONCA. Celle-ci est relativement proche de la définition « consensuelle » issue du travail de synthèse de Jonnaert.

Cette définition précise que la compétence intègre « le contexte d'apprentissage ou de l'exercice ». La compétence est ainsi définie ici comme une base de la formation initiale ou continue. Il s'agit là d'une nouvelle reconnaissance de l'importance d'une approche par compétence en formation de médecine générale.

B. Les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale :

1. Les compétences retenues par la WONCA ⁽¹²⁾.

Comme cela a déjà été exposé plus tôt dans ce travail, lors de sa déclaration sur la définition de la médecine générale, la WONCA Europe a également précisé l'ensemble des compétences nécessaires à l'exercice de la Médecine Générale. Ces dernières doivent servir de guide pour la détermination des objectifs d'apprentissages de la formation médicale initiale ou continue afin de former des spécialistes efficaces.

La WONCA Europe s'est basée sur le même raisonnement que B. Gay pour établir la liste des compétences fondamentales.

Selon B. Gay⁽¹⁹⁾, l'interaction des principes fondamentaux de la médecine générale et des tâches que doit savoir accomplir un médecin généraliste permettent, sous l'influence des besoins des patients et du système de santé, de définir quelles sont les compétences nécessaires pour exercer et quels doivent être les objectifs d'apprentissages.

Ce raisonnement est schématisé par la figure suivante :

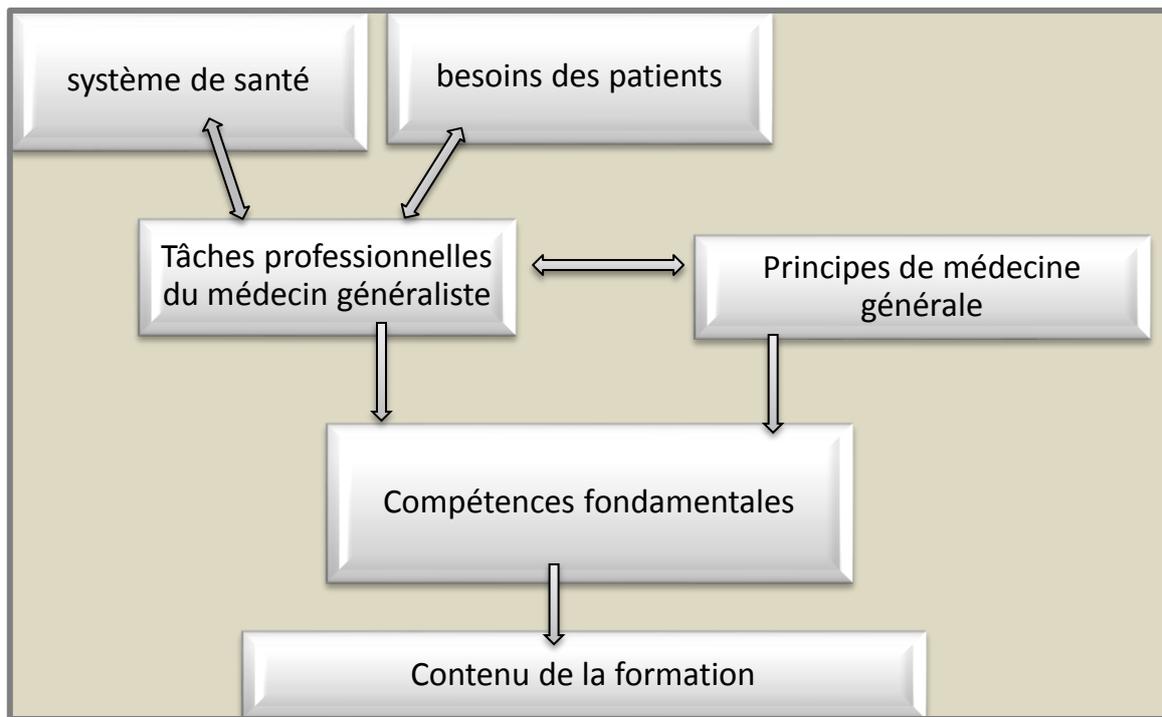


Figure 4: Définition des objectifs pédagogiques à partir des compétences fondamentales⁽¹²⁾

La définition de la WONCA Europe a décrit onze caractéristiques de la médecine générale correspondant à onze habiletés que les médecins généralistes doivent maîtriser. Ces habiletés ont ensuite été regroupées dans six champs de compétences.

Ces six champs ainsi que les caractéristiques qu'ils regroupent sont ainsi définis par la WONCA Europe ⁽¹²⁾:

1. La gestion des soins de santé primaire

- a) gérer le premier contact avec les patients ;
- b) coordonner les soins avec d'autres professionnels des soins primaires ou d'autres spécialistes afin de fournir des soins efficaces et appropriés, en assumant un rôle de défenseur du patient quand cela est nécessaire.

2. Les soins centrés sur la personne

- c) adopter une approche centrée sur la personne lors de la prise en charge des patients et de leurs problèmes ;
- d) utiliser la consultation pour créer une relation efficace entre le médecin et le patient ;
- e) assurer la continuité des soins selon les besoins du patient.

3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes

- f) utiliser le processus spécifique de prise de décision (analyse décisionnelle) déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires ;
- g) gérer des situations au stade précoce et indifférencié, et intervenir dans l'urgence quand cela est nécessaire.

4. L'approche globale

- h) gérer simultanément les problèmes aigus et chroniques du patient ;
- i) promouvoir l'éducation pour la santé en appliquant de manière appropriée des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies.

5. L'orientation communautaire

j) réconcilier les besoins en soins médicaux des patients individuels avec les besoins en soins médicaux de la communauté dans laquelle ils vivent et cela en équilibre avec les ressources disponibles.

6. L'adoption d'un modèle holistique

k) utiliser un modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles.

Le travail de la WONCA Europe a également défini trois dimensions que le médecin généraliste se doit d'explorer afin de mettre en œuvre les compétences fondamentales au sein des trois champs d'activité de la médecine générale. L'interrelation entre ces compétences fondamentales, les dimensions spécifiques et les champs d'activités permettent d'objectiver la complexité de la médecine générale. Cette complexité doit être prise en compte dans les objectifs de formation initiale et continue.

Ces dimensions définies par la WONCA sont le contexte, le comportement et la science.

Les champs d'activités où le médecin généraliste utilise ses compétences sont : la démarche clinique, la communication et la gestion du cabinet médical.

L'ensemble des caractéristiques de la médecine générale et des compétences nécessaires à son exercice ainsi que leur interrelation avec les dimensions spécifiques et les champs d'activités du médecin généraliste peuvent être résumés par le schéma suivant :

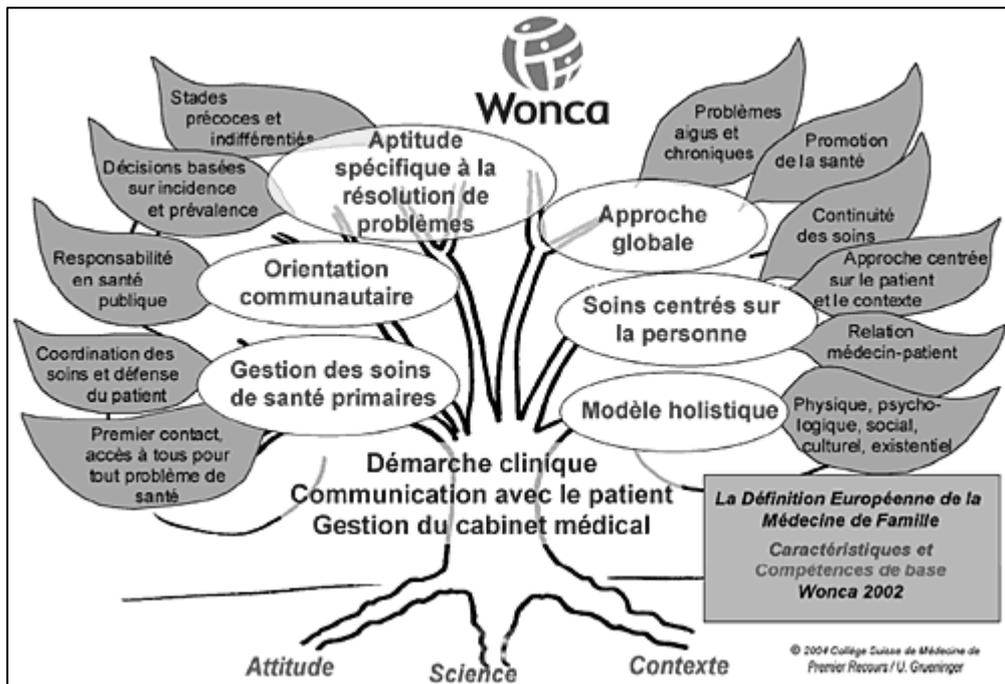


Figure 5: L'arbre de la WONCA Europe ⁽²⁸⁾

2. Les objectifs pédagogiques de la formation médicale initiale :

a) *Les objectifs pédagogiques définis par l'EURACT :*

A partir des compétences déterminées par la WONCA, le groupe EURACT a continué sa réflexion durant encore trois ans ce qui lui a permis de produire, en 2005, l'*educational agenda*⁽²⁹⁾.

Cette production du groupe EURACT a plusieurs buts⁽²⁹⁾ :

- Aider les enseignants de médecine générale dans l'élaboration de programmes d'enseignements, théoriques et pratiques.
- Etablir un cadre éducatif afin de fixer les objectifs d'apprentissage, et de suivre leur réalisation.
- Contribuer au développement de politique nationale de santé.
- Harmoniser la formation de la médecine générale en Europe.

Pour réaliser cette nouvelle publication sur les compétences relatives à la médecine générale, l'EURACT a repris la définition de la WONCA de 2002. L'EURACT est parti plus particulièrement de la version détaillée des compétences que l'on peut retrouver dans la revue académique et l'analyse des compétences en annexe de la définition de la WONCA.⁽¹²⁾

Pour chacune des compétences retenues, l'EURACT a tenté de dégager les objectifs de fin de formation médicale initiale attendus, ainsi que les modalités d'enseignements et d'évaluation à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs.

Le travail de l'EURACT a abouti à une liste d'objectifs pédagogiques permettant d'objectiver ce qu'un programme de formation médicale initiale « idéal » devrait couvrir. Le programme proposé par l'EURACT est lourd et complexe ce qui reflète la difficulté de pouvoir mettre en place une formation permettant de couvrir l'ensemble des connaissances nécessaires à la pratique. Cette complexité reflète celle de la spécialité.

La liste des objectifs pédagogiques définis par l'EURACT est en annexe de ce travail. N'ayant pas retrouvé de version française de l'*educational agenda* de l'EURACT, une traduction en a été réalisée, avec les imprécisions qui en découlent.

b) *Objectifs pédagogiques retenues par le CNGE :*

(1) Objectifs pédagogiques en 2005.

En France, tout comme le groupe EURACT, le Collège National des Généralistes Enseignant (CNGE) a voulu élaborer une liste de compétences devant guider le cursus universitaire.

Le but des enseignants de médecine générale était alors d'élaborer un référentiel de compétences nécessaires aux étudiants de fin de formation pour être certifiés aptes à exercer. Ce référentiel devait également servir de guide pour l'organisation du troisième cycle.

Cette liste de compétences est issue d'un travail du groupe Certification du CNGE⁽²⁷⁾. La liste fut élaborée et validée par le groupe selon la méthode de la ronde Delphi avant d'être confrontée aux compétences issues de la définition de la médecine générale de la WONCA établie en 2002⁽¹²⁾. Après

confrontation de ces deux listes, les compétences devant guider le DES de médecine générale sont ainsi formulées :

Pour exercer la spécialité, la médecine générale requiert les compétences suivantes dans trois champs d'activité: la démarche clinique, la communication avec les patients, la gestion de l'outil professionnel.

Comme discipline scientifique centrée sur la personne, trois dimensions spécifiques sont fondamentales :

- *Dimension scientifique : l'approche critique basée sur la recherche des connaissances et son maintien par une formation continue visant une amélioration permanente de la qualité des soins.*
- *Dimension comportementale : les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique.*
- *Dimension contextuelle : le contexte de la personne et du médecin, la famille, la communauté, le système de soins et la culture.*

L'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialité. C'est cette interrelation complexe des compétences fondamentales qui est la base et qui sert de guide. Elle doit se retrouver dans le développement des programmes de formation, de recherche et de démarche qualité.

Le dossier médical est l'outil de base pour le suivi des patients.

Les compétences génériques :

La gestion des soins de santé primaire dans le contexte réglementaire :

- *Gérer le premier contact avec les patients.*
- *Prendre en charge des problèmes de santé de premiers recours non sélectionnés.*
- *Coordonner la prise en charge du patient avec les professionnels de santé afin de fournir des soins efficaces et appropriés :*
 - *organiser la prise en charge des sujets dans les parcours, filières et réseaux appropriés*
 - *accompagner et protéger le sujet au sein des parcours, filières et réseaux.*
- *Respecter la loi et le code de déontologie.*
- *Assurer la continuité des soins dans la durée, selon les besoins du patient, en équilibre avec les ressources disponibles et les contraintes, tout en assumant un rôle de défenseur du patient si cela est nécessaire :*
 - *collaborer avec les partenaires médico-sociaux,*
 - *collaborer avec le système de permanence de soins en vigueur,*
 - *organiser l'hospitalisation et le retour à domicile,*
 - *organiser ou faire organiser les soins lors des absences (vacances, formations, autres activités).*
- *Privilégier le modèle biopsychosocial qui prend en considération les dimensions culturelles et existentielles :*
 - *fonder son raisonnement et sa synthèse sur les données actuelles de la science ;*
 - *négocier avec le patient pour aboutir à une prise en charge acceptable et acceptée.*

Les compétences décisionnelles spécifiques :

1. L'aptitude à la résolution de problèmes :

- *Développer un processus spécifique de prise de décision (analyse décisionnelle) déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.*
- *Utiliser le temps comme outil décisionnel et tolérer (intégrer) l'incertitude dans la décision.*
- *Gérer des situations au stade précoce et indifférencié d'une part, au stade avancé voire "terminal" d'autre part.*
- *Prendre des décisions qui intègrent les principes de données actuelles de la science adaptées aux besoins du patient dans son contexte (EBM).*
- *Intervenir dans l'urgence si nécessaire c'est-à-dire :*
 - *gérer les situations d'urgence les plus fréquentes et les plus graves en soins primaires,*
 - *répondre de manière adaptée à la demande urgente d'un des patients,*
 - *constituer et maintenir une trousse d'urgence adaptée à son lieu d'exercice.*

- *Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de premier recours*

2. Les soins centrés sur la personne

- *Adopter une approche centrée sur la personne et son entourage en tenant compte du contexte personnel du patient.*
- *Créer une relation adaptée entre le médecin et le patient, en respectant son autonomie :*
 - *manifester une écoute active et empathique,*
 - *maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale,*
 - *adapter la communication aux possibilités de compréhension du sujet,*
 - *prendre en compte ses émotions et celles du patient sujet,*
 - *intégrer dans la pratique les principes éthiques appliqués aux soins : humanité, respect, égalité, autonomie du patient.*

3. L'approche globale (prévention, dépistage, soins curatifs et palliatifs, prévention, dépistage, réadaptation)

- *Gérer simultanément des plaintes et des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient.*
- *Eduquer le patient à la gestion de sa santé et de ses maladies :*
- *promouvoir l'éducation pour la santé en utilisant des stratégies appropriées de promotion de la santé et de prévention des maladies,*
 - *assurer la prévention des maladies,*
 - *mettre en place l'éducation thérapeutique,*
 - *établir un diagnostic éducatif,*
 - *impliquer le sujet dans un projet de prise en charge,*
 - *décliner des stratégies éducatives,*
 - *accompagner et motiver le sujet dans sa démarche.*
- *Articuler et assurer dans la pratique l'éducation pour la santé, la prévention, le dépistage, les soins y compris palliatifs et de réadaptation.*

4. L'orientation communautaire :

- *Prendre en compte le fonctionnement du système de soins, les moyens disponibles et l'ensemble de l'environnement.*
- *Intégrer les logiques de santé individuelle et de santé publique dans la décision.*
- *Entreprendre et participer à des actions de dépistage individuel et de dépistage de masse organisé :*
 - *repérer les sujets cibles de ces actions dans son activité,*
 - *identifier les comportements à risque et mettre en route des actions de prévention,*
 - *gérer et exploiter les données du dossier médical des patients dans cette orientation.*

Les compétences en rapport avec l'activité professionnelle :

1. Se préparer à son exercice professionnel :

- *Organiser le temps de travail de façon à préserver sa capacité de travail et d'investissement.*
- *Adapter le lieu et les conditions d'exercice à ses besoins, désirs et capacités et aux nécessités du système dans une démarche qualité : exercice en commun, hygiène, maintenance.*
- *Gérer l'outil de travail et les ressources humaines selon les modalités de l'exercice*

2. Actualiser et développer ses compétences

- *Adopter une attitude critique envers ses savoirs, basée sur la recherche*
- *Maintenir et améliorer ses compétences par une formation médicale continue validée.*
- *Evaluer sa pratique professionnelle ⁽³⁰⁾*

Cette liste de compétences fut reconnue officiellement par le CNGE comme pouvant servir de référentiel pour l'évaluation des compétences en médecine générale. Ainsi, celle-ci se retrouve dans l'abrégé " Connaissances et pratique médecine générale" ⁽³¹⁾ abordant l'ensemble du programme officiel de médecine générale, validé et développé par le CNGE. Cette liste peut alors être considérée

comme celle des objectifs pédagogiques de la formation médicale initiale de médecine générale en France.

La liste de compétences élaborée par le CNGE est moins exhaustive que celle de l'EURACT. L'explication est donnée par les auteurs de l'article en conclusion de celui-ci :

« Cette liste n'est ni figée ni gravée dans le marbre, elle a tout au contraire vocation à évoluer et à s'améliorer. Le CNGE ne peut donc qu'inciter les équipes enseignantes et étudiantes à réagir à cette publication mais surtout à en évaluer les effets sur la formation et l'acquisition des compétences. L'objectif est d'obtenir la validation la plus large possible d'un référentiel le plus performant et le plus opérationnel possible. »⁽³⁰⁾

On peut ainsi comprendre qu'il y a une différence de méthode dans la construction du cadre pédagogique entre l'EURACT et le CNGE.

L'EURACT part de la définition de la WONCA et d'une concertation entre experts pour définir un cadre pédagogique exhaustif alors que le CNGE pose les bases d'un programme à construire en lien avec la pratique concrète.

(2) La marguerite des compétences vers de nouveaux objectifs pédagogiques ?

Depuis le 24 novembre 2012, le CNGE présente, sur son site internet⁽³²⁾, les objectifs finaux du DES de médecine générale comme ceci :

A la fin du D.E.S, les internes devront attester de l'acquisition de ces compétences qui sont regroupés en six groupes :

Premier recours, Incertitude, Soins non programmés et urgence

Relation, Communication, Approche centrée patient

Continuité, Suivi Coordination des soins autour du patient

Vision Globale, Complexité

Education en santé, Dépistage Prévention, Santé individuelle et communautaire

Professionalisme⁽³²⁾

Ces différents champs de compétences sont représentés sous la forme d'une marguerite visant à schématiser l'intrication des différentes compétences dans le travail du médecin généraliste.

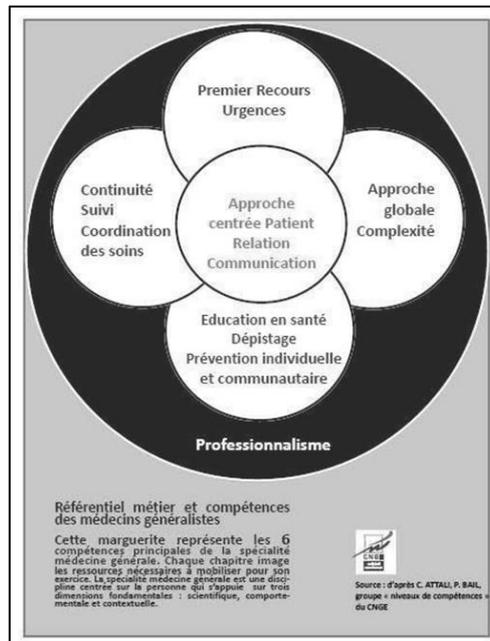


Figure 6: La Marguerite des compétences ⁽³³⁾

La certification des compétences de l'interne, en fin de troisième cycle de médecine générale, devant se baser sur la marguerite de compétences, le groupe de travail « niveaux de compétence » du CNGE a alors débuté une recherche afin de définir des objectifs pédagogiques à partir de ces six champs de compétence. A noter que certains membres de ce groupe de travail participaient déjà à la précédente étude ayant permis de définir les compétences nécessaires pour l'obtention de la certification à exercer la médecine générale.

La première étape de ce travail a été de définir et de décrire de manière précise les composants de chaque champ de compétence, ce qui peut être résumé ainsi :

-Premiers recours, Urgences:

Capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.

- Relation, Communication, Approche centrée patient:

Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients

- Continuité, Coordination, Suivi:

Capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

- Approche globale, prise en compte de la complexité:

Capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engel, etc.) quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de médecine générale

- Éducation, Prévention, Dépistage:

Capacité à accompagner le patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans

le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.

- *Professionalisme:*

Capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient⁽³⁴⁾

La seconde étape de ce travail fut de décrire les différents niveaux de compétence attendus en fonction de l'avancée dans le cursus pour chacun de ces champs. Cette description a permis de décrire trois niveaux de compétence définis ainsi :

- *Interne novice : de l'entrée dans le troisième cycle jusqu'à la moitié du stage ambulatoire de niveau 1.*
- *Interne intermédiaire : de la moitié du stage ambulatoire de niveau 1 jusqu'à la moitié du stage ambulatoire de niveau 2.*
- *Interne compétent : de la moitié du stage ambulatoire de niveau 2 à la fin du cursus*⁽³⁵⁾

Pour chacun des champs de compétence, ces trois niveaux ont été précisés par plusieurs descripteurs.

Ces différents niveaux permettent, selon les auteurs, à l'étudiant et à l'enseignant de pouvoir évaluer le travail parcouru et celui qui reste à réaliser pour l'acquisition des différents champs de compétences nécessaires à la pratique.

La suite de ce travail initié par le CNGE est en cours. Elle consiste à décrire des indicateurs permettant d'explicitier chaque descripteur des niveaux de compétences pour l'ensemble des champs de compétence. Ces indicateurs devraient être formulés de la manière suivante : « On attend de l'étudiant qu'il... ».

Un exemple issu de la publication sur les niveaux de compétences permet de comprendre le principe de cette approche :

« Dans la compétence « éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire ». L'un des descripteurs du niveau « novice » est : « se sent responsable de la gestion de la santé du patient ».

Ses indicateurs sont les suivant :

On attend qu'il :

-Tente d'assumer la responsabilité de la santé du patient sans respecter son autonomie et sans lui laisser cette responsabilité ;

-Mettre en avant les risques pour le patient de devenir malade plutôt que les avantages attendus pour la qualité de vie et la promotion de la santé. »

Les résultats de ce travail n'ont pas encore été publiés. Il est possible d'imaginer que lorsqu'ils le seront, cela aboutira à un programme pédagogique plutôt exhaustif ressemblant à celui de l'EURACT.

C. Synthèse

La réalisation de cette étude de la notion de compétence et de la définition des aptitudes nécessaires à l'exercice, a permis d'objectiver qu'il est difficile d'obtenir un consensus pour définir ces notions. Ceci souligne la complexité de la définition de la médecine générale.

L'étude de la conception des différents programmes pédagogiques visant à l'acquisition des compétences professionnelles montre la difficulté de mise en place d'une formation médicale initiale idéale. En effet, à partir des mêmes compétences de bases, l'EURACT et le CNGE s'orientent dans deux directions différentes pour établir le programme de la formation.

Cette analyse a également permis d'objectiver que les enseignants travaillent continuellement à l'amélioration des bases pédagogiques de la formation médicale initiale qui ne sont pas figées. La formation actuelle est certainement plus adaptée que celle délivrée antérieurement et moins que celle de demain.

III. Evolution historique de l'enseignement de la médecine générale :

« Pour ce qui est de l'avenir, il ne s'agit pas de le prévoir mais de le rendre possible. »

Antoine de Saint-Exupéry

A. Introduction :

Pour continuer à explorer les difficultés relatives à la mise en place d'une formation médicale initiale permettant d'aborder l'ensemble des particularités de la médecine générale, ce travail va maintenant décrire l'évolution historique ayant permis d'aboutir à celle qui est actuellement dispensée.

Cela permettra d'objectiver la force de caractère des enseignants de médecine générale européens et français ayant permis la reconnaissance de la spécialité dans un environnement peu propice à son développement, ainsi que l'amélioration régulière de la formation.

Cette reconnaissance universitaire est caractérisée par l'apparition d'un Diplôme d'études spécialisées de médecine générale en 2004 et la mise en place progressive d'une filière universitaire de médecine générale.

Bien que la médecine générale puisse être considérée comme la plus ancienne des spécialités médicales, elle est également la dernière reconnue.

Aux origines, la médecine raisonnait sur le corps dans son ensemble comme le montre la théorie des humeurs notamment. Puis l'évolution de la médecine s'est orientée vers un morcellement du corps, dans son étude ou dans la prise en charge des maladies. Est apparue au fil du temps une médecine scientifique de pointe permettant une étude toujours plus précise de la physiopathologie des maladies. Cet aspect scientifique n'a fait que se majorer avec Claude Bernard et la démarche expérimentale ou avec l'avènement de l'evidence based medicine (EBM) ⁽²³⁾. Cette évolution scientifique s'est également retrouvée au niveau de la formation médicale initiale, avec l'apparition de services de soins toujours plus spécialisés devant former l'ensemble des médecins français, aboutissant ainsi à un enseignement fragmenté et pluridisciplinaire.

La médecine générale ne peut se satisfaire de ce type d'enseignement. En effet, celle-ci base son raisonnement sur une incidence et une prévalence ambulatoires, sur un raisonnement global incluant le patient dans son environnement et non uniquement sur la pathologie.

Une formation spécifique à la médecine générale était nécessaire d'autant plus qu'un système de soin doté de spécialistes de médecine ambulatoire efficaces voit sa qualité augmenter ⁽¹²⁾.

La reconnaissance de la nécessité d'un enseignement de la médecine générale est encore récente, de même que sa reconnaissance en tant que spécialité à part entière. Ainsi, la Formation Universitaire de Médecine Générale est encore jeune, de même que le Diplôme d'Etudes Supérieures de médecine générale qui vient juste d'avoir 10 ans. La filière universitaire de médecine générale se met

lentement en place et vise à assurer un encadrement adéquat de l'apprentissage des futurs spécialistes en médecine générale.

Cette partie tentera d'aborder l'évolution historique de l'enseignement de la médecine afin de démontrer l'importance de l'influence du contexte sur la formation médicale initiale des futurs médecins généralistes. Cette évolution a permis d'aboutir à la formation universitaire actuelle ainsi qu'à l'apparition d'un encadrement de qualité notamment par la mise en place d'une filière universitaire spécifique.

Cette partie a également pour but de démontrer que la formation universitaire n'est pas figée aujourd'hui, tout comme elle l'était auparavant, ainsi des améliorations sont toujours possibles.

B. Revue historique de la formation médicale initiale d'un médecin généraliste :

Bien que cela puisse déconcerter les lecteurs, cette étude retracera l'historique de la formation de la médecine générale à partir de la révolution française, période où l'ensemble de la formation universitaire de la médecine en France a disparu pour être réinstaurée progressivement. La formation médicale actuelle découle de cette évolution post révolutionnaire.

Dans cette étude historique, il a été décidé de « multiplier » les sous parties afin de faire ressortir les étapes ayant permis de mettre en place les différents éléments structurant la formation ainsi que celles de la mise en place d'une filière universitaire nécessaire à l'encadrement des étudiants.

1. Le décret du 15 septembre 1793 ⁽³⁶⁾

Dans les suites de la révolution française, afin de faire disparaître les corporations, congrégations ou confréries, sont adoptés le décret d'Allarde, en mars 1791, puis la loi Le Chapelier le 17 juin 1791. Dans le même but, le décret de la Convention du 15 septembre 1793 supprima toutes les facultés de médecine, collèges de chirurgie ainsi que l'académie de chirurgie. Ce décret fait suite à celui du 08 aout 1793 ayant supprimé la société Royale de Médecine et avec elles, toutes les sociétés scientifiques.

Ainsi, dans les suites de la suppression des facultés de médecine, l'obligation d'avoir un diplôme disparaît et tout citoyen peut soigner ses semblables. Dès lors la profession médicale se trouve livrée au risque du charlatanisme.

2. Le décret du 4 décembre 1794 ⁽³⁶⁾

Face au danger du charlatanisme et au besoin de santé des armées, les études médicales sont réorganisées sous l'impulsion d'Antoine Fouchy. Le décret du 4 décembre 1794 va créer les écoles de santé de Paris, Strasbourg et Montpellier qui doivent former les futurs chirurgiens des armées de la République.

3. La loi du 23 février 1802 ⁽³⁷⁾

Cette loi porte sur la création du corps de l'externat et de l'internat des hôpitaux et hospices civils de Paris. Dans les suites de celle-ci, il existera une distinction entre les étudiants en médecine et les externes des hôpitaux. Seuls les externes pouvaient se présenter au concours de l'internat. Ce

concours sélectif ouvrait droit à une formation hospitalière de qualité d'une durée de quatre ans, porte d'entrée vers une potentielle carrière hospitalière.

4. La loi du 10 mars 1803 ⁽³⁸⁾

Dans les suites du décret de 1794, la prise en charge de la santé des armées est assurée par des professionnels ayant reçu une formation.

La santé des populations civiles quant à elle subira encore les risques liés au charlatanisme jusqu'à la loi du 10 mars 1803 qui rétablit le monopole de l'exercice de soins par les médecins. Ainsi, l'article premier de cette loi stipule :

« Nul ne pourra embrasser la formation de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé, sans être examiné et reçu, comme il sera prescrit selon la présente loi ». ⁽³⁸⁾

Cette loi différencie alors deux catégories de médecins, les docteurs en médecine et les officiers de santé. Les premiers, formés durant quatre ans dans une école en médecine, devront soutenir une thèse avant de pouvoir prendre en charge la santé des élites sur l'ensemble du territoire de la république. Les seconds auront quelques mois d'enseignement théorique associés à des stages pratiques leur permettant de prendre en charge la santé des masses populaires essentiellement rurales.

Cette loi a permis aux pouvoirs publics de contrôler la compétence des candidats et ainsi d'en finir avec le charlatanisme en réservant l'exercice de la profession aux seuls médecins officiellement reconnus et ayant fait enregistrer leur titre.

Elle a également rétabli l'obligation de formation médicale initiale pour pouvoir exercer.

5. La loi du 30 novembre 1892 ⁽³⁸⁾

La loi du 10 mars 1803, n'ayant pas permis de faire totalement disparaître le charlatanisme et ayant entraîné l'apparition d'une médecine d'une qualité non homogène entre zone rurale et zone urbaine, il est décidé en 1892 de supprimer le statut d'officier de santé et de renforcer les sanctions envers l'exercice illégal de la médecine.

L'objet de la loi du 30 novembre 1892 sera, entre autre, de renforcer le monopole de l'exercice médical au seul titulaire d'un doctorat en médecine afin de faire disparaître le charlatanisme et la concurrence avec les officiers de santé.

Ainsi, l'article 1 de la loi Chevandier pose, le 30 novembre 1892, le principe de base de la médecine française :

« Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est pas muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par un gouvernement français à la suite d'examens subis dans un établissement supérieur d'état » ⁽³⁸⁾

Apparaît ici l'obligation de soutenance et d'obtention d'une thèse afin de pouvoir exercer la médecine.

6. La formation médicale du début du vingtième siècle ⁽³⁹⁾

Bien que les connaissances médicales aient subi une croissance exponentielle durant le vingtième siècle, l'organisation de la formation médicale initiale est quasiment restée inchangée. Le cursus des études médicales répondait alors à un schéma bien établi.

Les études médicales débutaient par une année préparatoire, en Faculté des Sciences, visant à l'obtention d'un certificat propédeutique conditionnant l'entrée en médecine.

Une fois admis en médecine, les études comprenaient ensuite deux années permettant l'acquisition de connaissances sur les Sciences fondamentales (anatomie, physiologie, histologie, physique, chimie), sous forme de cours magistraux et de travaux pratiques.

Par la suite, la formation se poursuivait par un enseignement clinique de 4 ans, associant des cours magistraux et une formation pratique à l'hôpital, basée sur un compagnonnage. La formation se déroulait alors en alternance de la seconde à la cinquième année. Les étudiants étaient en stage le matin et en cours magistraux l'après-midi. La sixième année était quant à elle consacrée à un stage, au sein d'un hôpital, où l'étudiant commençait à prendre des responsabilités professionnelles en préparant sa thèse en parallèle.

Dans la majorité des cas, cette formation de base était complétée par les concours hospitaliers, de l'externat et de l'internat.

Le concours de l'externat, permettait d'accéder à une formation hospitalière d'une durée de trois ans, où l'étudiant prenait progressivement des responsabilités personnelles : examen clinique des malades, prise d'observations, aides opératoires en chirurgie, gestes thérapeutiques élémentaires.

En cas d'échec ou de non présentation du concours de l'externat, l'étudiant devenait stagiaire en médecine et ne pouvait pas prétendre à une formation pratique poussée comme celle des externes.

Le concours de l'internat, ouvert aux seuls externes des hôpitaux, permettait l'accès à une formation hospitalière de quatre ans, point de passage obligatoire pour pouvoir prétendre à une carrière hospitalière. Contrairement à l'externat qui était « généraliste », l'internat était destiné à l'acquisition d'une spécialité.

Ainsi, la formation des futurs médecins reposait jusqu'en 1958 sur deux structures indépendantes, la faculté et l'hôpital.

Dans ce contexte, deux hiérarchies coexistaient alors : une hiérarchie universitaire et une hiérarchie hospitalière basée sur le principe de l'enseignement de la médecine au lit du malade et issue de concours hospitaliers (externes, internes, chefs de clinique, chefs de service).

7. La réforme Debré de 1958

La réforme initiée par le professeur Robert Debré ayant pour but l'harmonisation de ces deux hiérarchies débuta avec l'ordonnance du 30 décembre 1958 ⁽⁴⁰⁾ qui créa les Centres hospitaliers et universitaires (CHU). Elle fut suivie du décret du 24 septembre 1960 créant les postes de médecins à temps plein hospitalo-universitaires.

Cette réforme a alors permis l'organisation d'un enseignement conjoint entre l'hôpital et la faculté pour la formation des étudiants en médecine.

Ainsi, l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958, relative à la création des centres hospitaliers et universitaires et à la réforme des études médicales, stipule :

« Art. 1er - Dans les villes sièges de facultés de médecine [...], les facultés et les centres hospitaliers organisent conjointement l'ensemble de leurs services en centres de soins, d'enseignement et de recherche [...]. Ces centres prennent le nom de "centres hospitaliers et universitaires".

Art. 2 - Les centres hospitaliers et universitaires sont des centres de soins où [...] sont organisés les enseignements publics médicaux et post universitaire, ainsi que [...] la recherche médicale et les enseignements paramédicaux. ...

Art. 3 - Les études médicales théoriques et pratiques sont organisées par les facultés et écoles nationales. Elles doivent permettre aux étudiants de participer effectivement à l'activité hospitalière.

Art. 5 - Les membres du personnel médical et scientifique des centres créés à l'article 1er exercent conjointement les fonctions universitaire et hospitalière. »⁽⁴⁰⁾

La formation médicale initiale, dans les suites de la réforme Debré, s'oriente vers un exercice hospitalier. Les étudiants sont alors confrontés, lors de leur formation, à des prises en charge de soins secondaires voire tertiaires, dans des services qui ne cessent de se spécialiser.

Cette formation initiale est alors supervisée par des hospitalo-universitaires n'ayant pas ou peu d'expérience de la médecine ambulatoire qui constituera le mode d'exercice majoritaire des étudiants qu'ils forment.

On a vu apparaître dans les suites de la réforme Debré, de nombreuses critiques quant à l'adéquation de la formation initiale hospitalo-universitaire avec la pratique de la médecine générale ambulatoire.

8. Le carré de white : 1961 ⁽⁵⁾

Les travaux réalisés par White, Williams et Greenberg publiés en 1961 dans un article intitulé « Ecology of Medical care » ont permis de mettre en lumière la différence fondamentale entre la pratique de la médecine ambulatoire et la pratique de la médecine hospitalo-universitaire.

Ces travaux démontrent la nécessité d'une formation spécifique pour les étudiants se destinant à une pratique ambulatoire et notamment à la médecine générale.

White et ses associés ont tenté, lors de cette étude, de recueillir des données concernant la place de la médecine générale dans la prise en charge des patients nord-américains. Ils ont ensuite élaboré un diagramme qui montrait la place des soins primaires dans la prise en charge du patient nord-américain.

Ce schéma, publié en 1961 dans un article du New England Journal of Medicine, suggère que parmi une population de 1000 adultes et au cours d'un mois «standard», 750 sujets mentionnant un problème de santé, 250 consultent un médecin, 9 sont hospitalisés, 5 sont adressés à un autre médecin, et 1 seul est orienté vers un centre médical universitaire.

Ce diagramme mettait le doigt sur une anomalie de la formation du médecin. L'enseignement était réalisé dans les CHU où seulement une personne sur 1000 était hospitalisée. L'université se privait ainsi d'une majorité de personnes présentant des symptômes ressentis, significatifs et utiles pour la formation des médecins de soins primaires.



Figure 7 Estimation de la prévalence mensuelle des maladies dans la communauté, et rôle des médecins, hôpitaux, et centres médicaux universitaires dans la dispensation des soins (population de plus de 16 ans aux USA) (selon White et al., 1961)⁽⁵⁾

Cette remise en cause de la formation initiale fut mal reçue par une partie des praticiens hospitalo-universitaires se sentant remis en question.

Ce constat de White fut confirmé par des travaux ultérieurs⁽⁴¹⁾ et a permis de faire naître la réflexion sur l'enseignement spécifique de la médecine générale. Ces réflexions aboutiront à la définition de la médecine générale ainsi qu'à la définition des compétences nécessaires à son exercice qui constituent une des bases de la formation initiale actuelle.

9. La suppression de l'externat suite à mai 1968

Avant 1968, la formation médicale initiale différenciait les stagiaires en médecine et les externes des hôpitaux. Les externes ayant passé un concours recevaient une formation plus poussée que les « simples » étudiants.

Dans les suites des épisodes de mai 1968, la disparité de formation entre étudiants n'est plus acceptable. L'externat est supprimé. Le terme d'externe disparaît et est remplacé par celui d'étudiant hospitalier.⁽³⁷⁾

A partir de ce moment, l'ensemble des étudiants reçoit la même formation hospitalière notamment au niveau de la pratique, auparavant réservée aux externes.

10. L'instauration d'un numéris clausus : 1971

Suite à la suppression du concours de l'externat, la seule condition à remplir pour suivre des études de médecine devient l'obtention du baccalauréat ce qui entraîne alors une augmentation rapide du nombre des étudiants.

Ainsi, afin de pouvoir proposer une formation hospitalière à l'ensemble des étudiants en médecine, un numéris clausus est adopté en 1971.

Le but recherché par ce dispositif était de limiter le nombre d'étudiants formés aux capacités de formation des CHU. ⁽⁴²⁾

Avec l'instauration du numéris clausus apparaît la notion de concours d'entrée en médecine permettant de sélectionner les étudiants pouvant continuer leur formation.

11. La création de la Société Française de Médecine Générale : 1973

La Société Française de Médecine Générale (SFMG) créée en 1973, est une société savante de médecine générale qui s'oriente vers la recherche dans les domaines scientifiques, biologiques et économiques afin d'assurer la promotion de la médecine générale. ⁽⁴³⁾

Article II des statuts :

"Cette association a pour but de promouvoir la médecine générale. A cet effet, l'association favorisera la recherche et l'action dans les domaines scientifique, sociologique et économique, propres à assurer la promotion et la qualification des médecins de famille et des soins primaires. Considérant que la médecine moderne nécessite un nombre élevé de médecins généralistes de haut niveau, l'association s'engage à apporter tout son concours à :

- *la formation universitaire et post-universitaire des médecins*
- *l'évaluation des pratiques professionnelles*
- *l'amélioration du système de soins*

Elle contribuera à assurer le niveau scientifique, moral et social, nécessaire à l'exercice de la médecine de famille. Elle s'attachera à développer par tous les moyens, la recherche fondamentale en matière de médecine praticienne". ⁽⁴³⁾

La SFMG représente la France, avec le CNGE, au sein de la WONCA.

On observe ici l'apparition de la première société savante française qui contribuera à la définition de la médecine générale de la WONCA Europe. Elle permettra de promouvoir la reconnaissance de la spécialité et la mise en place d'une formation médicale initiale spécifique en France.

12. La Création du résidanat de médecine générale: 1982

La réforme des études médicales en décembre 1982 ⁽⁴⁴⁾ met en place l'internat comme voie d'accès exclusive aux spécialités. En cas d'échec ou de non présentation au concours d'internat, l'étudiant devient alors résident de médecine générale.

Le troisième cycle de formation à la médecine générale, ou résidanat, a une durée de deux ans à temps plein. La formation assurée au cours de ce cycle est de nature théorique et pratique. La formation pratique est alors uniquement hospitalière. ⁽⁴⁵⁾

En 1982, apparaît ainsi la première forme d'enseignement de la médecine générale. Celui-ci était hospitalier. Il est possible de penser que la médecine générale n'était pas reconnue à la hauteur des autres disciplines puisqu'elle constituait un choix par défaut pour certains des candidats n'ayant pas réussi le concours de l'internat.

13. La Création du Collège National des Généralistes Enseignants ⁽⁴⁶⁾

Depuis sa création en 1983, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) œuvre pour que la médecine générale soit authentifiée comme une discipline scientifique avec un statut universitaire. Sa contribution a été importante dans la mise en place de la Filière Universitaire de Médecine Générale.

Le CNGE est la seconde organisation française ayant participé à la définition de la médecine générale de la WONCA Europe.

Il participe à l'organisation de la formation médicale initiale de médecine générale en France par l'intermédiaire de ses relations avec les ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.

L'importance du CNGE dans le développement de la discipline se retrouve également par son implication dans l'amélioration des programmes de formation, la recherche en soins primaires et la formation des médecins généralistes enseignants devant encadrer les étudiants en médecine.

Le CNGE a également une influence sur l'organisation pratique des enseignements au sein des facultés françaises par l'intermédiaire de ses branches régionales.

La création du CNGE est une étape importante pour le développement de la formation médicale initiale de médecine générale. En effet, le collège est la seconde organisation de médecine générale française qui influera sur la qualité de la formation médicale initiale permettant une amélioration progressive de celle-ci.

14. Instauration du certificat de synthèse clinique et thérapeutique

En 1988, se met en place le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT) ⁽⁴⁷⁾, dont la validation est obligatoire pour pouvoir accéder au Troisième Cycle d'Etudes Médicales (TCEM) : internat ou résidanat.

15. Nomination des premiers enseignants universitaires associés de médecine générale : 1991

Le décret du 20 septembre 1991 ⁽⁴⁸⁾ relatif aux personnels associés des Centres hospitaliers et universitaires puis le décret du 5 novembre 1991 portant nominations de professeurs associés ⁽⁴⁹⁾ permettent de débiter la création de l'encadrement de l'enseignement de la médecine générale connu actuellement.

Ainsi en 1991, les huit premiers enseignants universitaires associés de médecine générale sont nommés.

16. Instauration d'un semestre ambulatoire lors du résidanat : 1997

L'ordonnance du 24 avril 1996⁽⁵⁰⁾ fixe à deux ans et demi (soit cinq semestres) la durée du résidanat pour les étudiants accédant au troisième cycle des études médicales à compter de l'année universitaire 1996-1997.

Cet allongement du troisième cycle de médecine générale d'un cinquième semestre prend la forme d'un stage en cabinet d'omnipraticien⁽⁵¹⁾. Celui-ci permettra alors au futur médecin généraliste d'avoir une formation pratique dirigée vers ce que sera leur travail quotidien.

17. Le Rapport des professeurs Mattei et Etienne : 1997

En octobre 1996, le gouvernement a chargé deux députés, les professeurs Jean-François Mattei et Jean-Claude Etienne, d'établir un état des lieux de la formation médicale initiale en France.

Dans leur rapport, remis en 1997, les auteurs concluaient entre autre:

« que le dispositif d'accès au concours de l'internat conduisait la majorité des futurs généralistes à être sélectionnés par l'échec »⁽⁵²⁾

Ce constat fait émettre aux auteurs plusieurs propositions pour réformer les études de médecine dont celle de réformer le concours de l'internat en instaurant un classement dans trois nouvelles filières : médecine spécialisée, chirurgie et médecine générale.

Les auteurs ont également proposé que ce concours devienne obligatoire et qu'au terme de l'épreuve de classement, chaque candidat puisse choisir sa filière de 3e cycle en fonction des possibilités offertes par son rang de classement.

18. Création des Départements de médecine générale : 1997⁽⁵³⁾

Les Départements Universitaires de Médecine Générale (DUMG) sont mis en place à partir de 1997 au sein des facultés de médecine.

Ils sont dotés de locaux et de moyens propres, sont codirigés par un hospitalo-universitaire et un médecin généraliste et ont le rôle d'encadrer la formation des résidents de médecine générale.

19. Création du stage de médecine générale en second cycle : mars 1997

Suite à l'arrêté du 4 mars 1997⁽⁵⁴⁾, la formation clinique de second cycle doit légalement comporter un stage chez un médecin généraliste. Celui-ci doit permettre aux étudiants de pouvoir avoir une vision ambulatoire de la médecine lors de leur second cycle alors que jusque-là, celui-ci était centré sur la pratique hospitalière.

Ainsi l'article 8 de cet arrêté précisait :

« Chaque étudiant doit effectuer pendant la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales un stage d'initiation à la médecine générale dont la durée et les modalités sont fixées par arrêté. »⁽⁵⁴⁾

Cet arrêté devait alors permettre une découverte de la médecine ambulatoire et permettre d'éviter que le choix du résidanat ne se fasse par défaut.

Malheureusement, cet arrêté ne sera pas vraiment suivi d'effet et ce stage de découverte de la médecine ambulatoire ne sera pas institué dans toutes les facultés de médecine.

20. Le troisième cycle de médecine générale dure 3 ans : 2001

Pour les étudiants accédant au troisième cycle des études médicales à compter de l'année universitaire 2001-2002, la durée du résidanat est augmentée par arrêté ministériel à trois ans (soit six semestres).⁽⁵⁵⁾

Ce nouvel allongement d'un semestre a permis d'aboutir à la durée du troisième cycle actuel, dont la maquette sera décrite plus tard dans ce travail.

21. La réforme du troisième cycle de médecine : 2002

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002⁽⁵⁶⁾ a réformé le troisième cycle des études médicales. Ainsi, le résidanat disparaît au profit de l'internat de médecine générale.

L'objectif de la réforme de 2002 était triple:

- Donner à l'ensemble des médecins la meilleure des formations possibles
- Mettre fin à la marginalisation des médecins généralistes
- Les hisser au rang de leurs collègues spécialistes

Depuis cette réforme :

- l'accès au troisième cycle est désormais subordonné à la validation de la totalité des modules d'enseignement, c'est-à-dire à l'obtention du diplôme de fin de deuxième cycle.
- tous les étudiants doivent se présenter aux épreuves de l'internat. Celui-ci est devenu un concours national classant, qui permet à tous les étudiants de choisir une discipline et un poste d'interne dans un centre hospitalier universitaire en fonction de leur rang de classement.
- la médecine générale est soumise au même régime que les autres spécialités d'internat.

La médecine générale est ainsi érigée au rang de discipline universitaire sanctionnée par un diplôme d'études spécialisées (DES) et n'est ainsi plus « marginalisée » dans les textes réglementant la formation médicale initiale.

22. Premier Examen Classant National : 2004

Les 14 et 15 juin 2004, s'est déroulé le premier examen classant.

Pour l'année 2004, 1841 étudiants hospitaliers pourront accéder pour la première fois au troisième cycle de médecine générale ce qui correspond quasiment à la moitié des 3988 postes d'internes mis au choix.⁽⁵⁷⁾

23. Création du Diplôme d'études spécialisées de médecine générale : 2004

Les DES de médecine générale est créé en octobre 2004⁽⁵⁸⁾. Les premiers internes de médecine générale prennent alors leur fonction dans le CHU qu'ils ont choisi suite aux épreuves de l'examen classant national.

24. Nouvel arrêté pour la mise en place d'un stage de médecine générale lors du second cycle : 2006

Face au manque d'effet de l'arrêté de 1997⁽⁵⁴⁾, celui du 23 novembre 2006⁽⁵⁹⁾ précise, de nouveau, les conditions de mise en application et l'obligation de la mise en place d'un stage en médecine générale lors du second cycle de la formation médicale initiale.

25. Diplôme des premiers spécialistes en médecine générale : 2007

Les premiers étudiants ayant pu accéder à un poste d'interne en médecine générale en 2004 finissent leur formation médicale initiale en octobre 2007.

Les premiers spécialistes en médecine générale commencent à exercer de manière autonome. Certains d'entre eux décident de s'impliquer dans la recherche et l'enseignement de la discipline en devenant chefs de clinique universitaire de médecine générale. Ceci permet de venir renforcer la filière universitaire de la spécialité.

La filière universitaire commence alors à voir le jour avec notamment la loi du 8 février et le décret du 28 juillet 2008^{(60) (61)} venant préciser le statut des enseignants universitaires titulaires et non titulaires de médecine générale.

26. La première nomination d'enseignants titulaires de médecine générale : 2009

L'arrêté du 18 août 2009⁽⁶²⁾ permet la titularisation des 10 premiers professeurs universitaires de médecine générale par la voie de l'intégration permettant de renforcer la filière universitaire de la spécialité.

27. Loi HPST : 2009

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)⁽⁶³⁾ reconnaît l'importance du champ ambulatoire de la médecine générale et son enseignement. Elle insiste sur la nécessité de renforcer la filière universitaire de médecine générale par la nomination d'enseignants. Elle précise dans son article 47 un plan de nomination sur 4 ans avec des quotas minimum de titularisation.

« A compter de la rentrée universitaire 2009-2010 et pendant quatre ans, le nombre annuel d'emplois créés dans chacune des catégories suivantes ne peut être inférieur à :
1° Vingt pour les professeurs des universités de médecine générale ;
2° Trente pour les maîtres de conférences des universités de médecine générale ;
3° Cinquante pour les chefs de clinique des universités de médecine générale ». ⁽⁶³⁾

28. Troisième arrêté concernant le stage de médecine générale lors du second cycle de formation: 2009

L'arrêté du 18 juin 2009 précise la nécessité d'un stage en médecine générale lors du second cycle d'étude. Il définit une nouvelle fois les modalités de mise en place et en définit la durée par son article 7.

« Le stage de médecine générale comporte un minimum de six semaines à temps plein, ou trois mois à mi-temps, ou soixante demi-journées, selon l'organisation retenue pour ce stage. L'ensemble du stage se déroule sur une période maximale de trois mois. »⁽⁶⁴⁾

29. Réorganisation du premier et second cycle de la formation médicale initiale suite à la réforme LMD : 2009

En 2009, la réforme LMD (Licence, Master, Doctorat) visant à une harmonisation de la formation universitaire en Europe entraîne une réorganisation du premier et du second cycles de la formation médicale initiale.

Par ailleurs, la réforme de la première année est adoptée par l'Assemblée Nationale le 22 juin 2009⁽⁶⁵⁾ avec une mise en place dès la rentrée 2010-2011. Cette réforme entraîne la création d'une première année commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme.

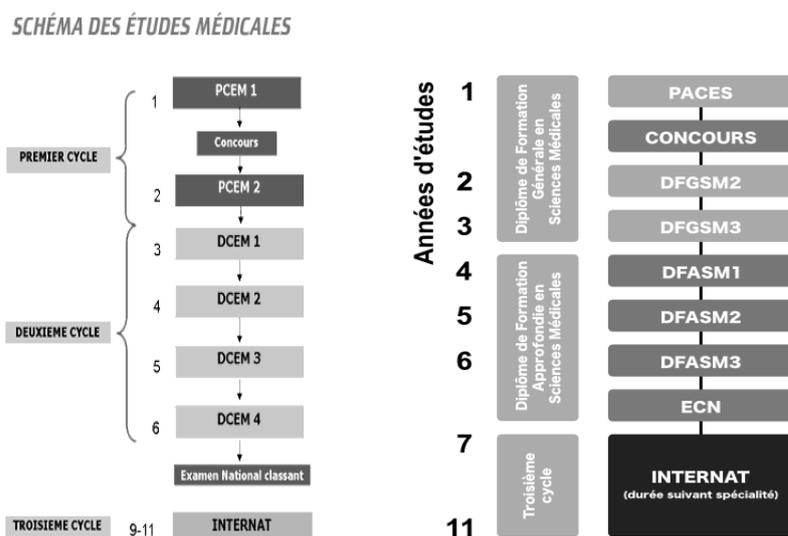


Figure 8 : Comparaison de la formation médicale initiale en France avant et après 2010

AVANT 2010

APRES 2010

30. Modification des dispositions relatives au recrutement de maitres de stage des universités : 2011

L'arrêté du 24 juin 2011⁽⁶⁶⁾ permet aux médecins installés depuis un an d'encadrer les stages de médecine générale de second cycle.

Cette mesure permet d'améliorer le recrutement des maîtres de stage des universités. Cette accélération de recrutement était rendue nécessaire par l'augmentation constante des effectifs d'étudiants à former lors du second et du troisième cycles.

31. Première nomination au poste de maître de conférences des universités par la voie du concours : 2011

En 2011, une des premières spécialistes en médecine générale ayant pris son poste de chef de clinique en 2007, accède à un poste de maître de conférences universitaire attestant de la mise en place effective de la filière universitaire de médecine générale. ⁽⁵³⁾

32. Diminution du nombre de chefs de clinique de médecine générale : 2012

Cette diminution du nombre de chefs de clinique malgré l'augmentation constante du nombre d'étudiants à encadrer en second et troisième cycles montre que la filière universitaire de médecine générale n'est pas encore solide et qu'il faudra encore du temps et du travail pour continuer à améliorer la formation médicale initiale des futurs spécialistes en médecine générale. ⁽⁵³⁾

Ainsi, le Syndicat national des enseignants de médecine générale (SNEMG) œuvre pour augmenter le nombre d'enseignants afin de renforcer la Filière universitaire de médecine générale et ainsi d'améliorer l'encadrement de la formation des étudiants.

33. Perspective d'avenir, l'ECN i : 2016

En 2016, l'examen classant national sera réformé et deviendra informatisé.

L'ECN i prétend donner pour la première fois l'opportunité de tester l'ensemble des objectifs pédagogiques du second cycle y compris dans les disciplines les moins sollicitées.

Le programme de cet ECN sera également modifié. Pour 2016, les questions porteront sur 362 items regroupés en 11 unités d'enseignements (UE) transdisciplinaires. ⁽⁶⁷⁾

Selon l'arrêté du 8 avril 2013⁽⁶⁷⁾, le programme du diplôme de formation approfondie en science médicale (DFASM) a pour objectif :

«... l'acquisition des compétences présentées au I de la présente annexe. Les modalités d'enseignement doivent favoriser le développement de l'auto-apprentissage contrôlé et de l'interdisciplinarité. » ⁽⁶⁷⁾

Avec l'apparition de l'aspect transdisciplinaire du programme et de l'application d'une approche centrée sur la compétence dès le second cycle, doit-on voir l'influence grandissante de la filière universitaire de médecine générale en second cycle ?

Ce nouveau programme privilégiant une approche transdisciplinaire à une approche multidisciplinaire permettra-t-il d'améliorer la vision négative que certains étudiants ont de la médecine générale ? L'avenir le dira...

C. Synthèse :

Cet historique de la formation médicale initiale, a permis d'observer que le contexte socio-politique n'a pas toujours été favorable au développement de la médecine générale.

On peut penser qu'actuellement, suite à la reconnaissance en tant que spécialité, la mise en place d'une formation adaptée à l'apprentissage de la médecine générale doit être aisée par rapport à il y a seulement quelques années.

Il semble que le contexte actuel soit plus propice au développement de la spécialité. Il persiste toujours des obstacles comme le montre la lenteur de la mise en place d'éléments structurant la formation que sont le stage ambulatoire de second cycle ou la filière universitaire de médecine générale.

Cette filière est pourtant essentielle à la qualité de la formation par le biais d'un encadrement composé de personnes compétentes et investies.

Bien qu'il soit plus aisé de mettre en place cette formation actuellement, le contexte n'est toujours pas idéal.

On peut tout de même être optimiste quant à la qualité de la formation future puisque celle-ci semble de plus en plus adéquate. Cette amélioration se fait, d'ailleurs, d'une manière de plus en plus rapide, notamment depuis l'instauration du résidanat de médecine générale en 1982.

IV. Influence de la pédagogie sur la formation médicale initiale

« Nous apprenons trop, nous ne pensons pas assez. »

Friedrich Nietzsche

Un autre facteur influençant la qualité d'une formation est la pédagogie utilisée lors de sa mise en application.

Une formation pourra s'avérer inefficace en cas d'utilisation de modalités pédagogiques inadaptées.

La partie qui suit abordera l'influence des choix pédagogiques utilisés en médecine sur l'apprentissage des étudiants et la nécessité que ces choix soient cohérents avec les buts recherchés par les enseignants.

A. Description des modalités pédagogiques utilisées en France.

L'étude de ces modalités est utile dans la description des facteurs influençant la formation médicale initiale puisqu'il est admis aujourd'hui que les attentes, que l'on porte sur les étudiants, influencent leurs acquisitions.⁽⁶⁸⁾

Ainsi, la qualité, la profondeur et la restitution des apprentissages par un étudiant sont fonction du but dans lequel ceux-ci ont été réalisés. Les apprentissages d'un étudiant seront alors totalement différents en fonction que l'on attende de lui une restitution fidèle des informations ou une application de celles-ci dans un autre contexte afin de résoudre un problème inédit et complexe.

Aucun de ces deux modes d'apprentissage n'est foncièrement meilleur que l'autre. Ce qui importe en matière de formation, c'est que ceux-ci soient utilisés à bon escient et que les modalités évaluatives des acquisitions soient en accord avec les modalités pédagogiques qui les ont permises⁽⁶⁸⁾.

En cas de discordance, il existe un risque de perdre en efficacité et de gêner les apprentissages.

On peut distinguer, en France, deux courants pédagogiques ayant des buts et des modalités évaluatives différentes.

Il importe que les étudiants sachent, lors de leurs apprentissages, dans quel courant se situe l'enseignant afin de pouvoir mettre en place un processus d'acquisition adéquat.

Ce travail va maintenant aborder la description des deux principaux paradigmes fondant les programmes de formation en France.*

1. Le paradigme d'enseignement :

a) *Présentation*

Ce paradigme se fonde sur les théories issues du behaviorisme décrit initialement par Pavlov et à l'origine du concept du « conditionnement opérant » stipulant que l'apprentissage est une réaction à

* Un paradigme est un ensemble de présupposés scientifiques, de postulats ou de croyances, partagés par une communauté à un moment précis et qui fournit à celle-ci un cadre conceptuel pour formuler, comprendre et résoudre des problèmes.

des stimuli externes. Pour le behaviorisme, l'apprenant est passif et est formé par son environnement sous l'effet de stimuli adéquats.⁽⁶⁹⁾

Le rôle de l'enseignant est ici de définir l'objectif pédagogique final attendu et de le diviser en une suite de sous-objectifs auxquels l'apprenant doit répondre de manière adéquate. La réponse attendue est récompensée et les autres pénalisées.

Ce paradigme d'enseignement est à la base des approches pédagogiques visant la transmission d'un savoir, de connaissances.

Ce que l'étudiant doit alors acquérir lui est présenté sous forme d'objectifs pédagogiques décontextualisés. Chacun de ces objectifs peut alors être divisé en sous entités fixes et stables.

b) Evaluation

Dans ces approches pédagogiques, l'évaluation des acquisitions de l'apprenant se fait sur la quantité d'informations retenues et sur leur conformité par rapport aux enseignements. Les modalités d'évaluation s'appuient sur des tâches standardisées et quantifiables réalisées à distance des acquisitions.⁽⁶⁸⁾

Les acquisitions de l'apprenant au sein du paradigme d'enseignement sont évaluées sous une forme sommative⁽⁶⁸⁾. Ce type d'évaluation intervient en fin de séquence d'enseignement, à distance de ce dernier. Elle permet de juger de la quantité et de la qualité des acquisitions réalisées par l'étudiant.

L'évaluation sommative peut être utilisée pour juger de la réussite ou de l'échec de l'apprenant à une partie d'un programme d'étude, d'un examen, à l'octroi d'un diplôme... et est souvent utilisée pour sanctionner la réussite à un concours.

Les approches pédagogiques issues du paradigme de l'enseignement permettent une définition précise et une évaluation rigoureuse des acquisitions de l'apprenant mais participent au morcèlement de ces dernières ne permettant pas une réutilisation aisée de celle-ci dans un contexte différent de celui utilisé pour l'acquisition.

c) Utilisation lors de la formation médicale initiale

Lors de la formation médicale initiale, l'évaluation sommative se retrouve régulièrement impliquée dans la validation des différentes parties ou sous parties du cursus.

En effet, chaque semestre des six premières années de la formation initiale est sanctionné par un examen fondé sur les caractéristiques de l'évaluation sommative. Cet aspect de l'évaluation des connaissances montre l'importance de la place prise par le paradigme d'enseignement durant les deux premiers cycles de la formation initiale.

Cette place est encore plus importante en première et en sixième années. En effet, les modalités d'évaluation par Questions à Choix Multiples (QCM) et le caractère sélectif de cette première année du cursus poussent les étudiants à un apprentissage mot à mot des enseignements présentés ce qui entraîne une charge de travail non négligeable. Bien que le concours de l'Examen classant national, dans sa présentation actuelle, prenne la forme d'une évaluation sommative de par son caractère final et classant ainsi que par la modalité de correction par mots-clés, l'ensemble de la pédagogie de

ce second cycle ne peut être identifié comme appartenant uniquement au paradigme d'enseignement.

2. Le paradigme d'apprentissage :

a) Présentation

Ce paradigme inspire les approches pédagogiques privilégiant le rôle central de l'apprenant dans le processus d'acquisition. Il se fonde sur plusieurs courants conceptuels dont font partie le cognitivisme et le constructivisme.

Pour les cognitivistes et les constructivistes^{(70) (71)}, l'apprentissage est un processus actif de sélection, hiérarchisation, traitement de l'information par la résolution de problèmes. L'apprentissage vise alors la construction de connaissances.

Ainsi, dans ce paradigme, l'apprenant est actif et construit lui-même ses propres connaissances en interaction avec son environnement, ses expériences et connaissances antérieures. Cette construction utilise un processus d'introspection permettant à l'étudiant d'évaluer l'état de ses acquisitions.

Selon ce mode de pensées, les stratégies pédagogiques devraient, d'une part, privilégier l'apprentissage en interaction avec des individus (enseignant, pair) et, d'autre part, en interaction avec l'objet d'apprentissage. Cette interaction se base alors sur des tâches complexes, significatives pour l'apprenant et authentiques permettant ainsi d'ancrer les nouveaux acquis en profondeur dans la mémoire.

Ainsi, les stratégies pédagogiques dans un paradigme d'apprentissage, ont pour but d'amener l'apprenant à gérer et à autoréguler ses acquisitions.

Ici, l'enseignant se préoccupe davantage de l'apprentissage des apprenants en leur fournissant une rétroaction vis-à-vis des connaissances, compétences développées, des objectifs à viser et des outils à utiliser. Ainsi, l'enseignant joue un rôle de facilitateur d'apprentissage en aidant l'étudiant dans son introspection.

b) Evaluation

L'évaluation des acquisitions au sein des approches pédagogiques relevant du paradigme d'apprentissage revêt un aspect formatif.

L'évaluation formative des acquisitions a une fonction diagnostique et s'applique à des moments variables du processus d'apprentissage, souvent contemporains des acquisitions.

Elle permet de donner à l'étudiant et à l'enseignant une vision des acquisitions effectives et réalisées. Elle permet de recentrer le travail d'apprentissage de l'étudiant et d'orienter les interventions pédagogiques de l'enseignant sur les acquisitions nécessaires.

Selon Tardif, les évaluations des compétences répondant aux paradigmes d'apprentissage se doivent d'être fondées sur des tâches complètes, complexes, significatives et authentiques⁽⁷⁰⁾.

- Signifiante :
C'est-à-dire sur des compétences réellement utiles à l'apprenant

- Complète :
En recherchant la création d'interactions entre les différentes composantes de la compétence évaluée
- Complexe :
La situation doit pousser l'élève à utiliser des stratégies métacognitives d'introspection sur l'état de ses connaissances
- Authentique :
L'étudiant confronté à une problématique vécue réalisera alors une introspection plus importante vis-à-vis de ce qu'il sait et doit savoir. Les connaissances qui en découleront, seront alors plus profondément ancrées dans la mémoire à long terme de l'apprenant.

Tardif étend à l'évaluation des compétences professionnelles les caractéristiques que devrait respecter toute évaluation authentique selon Wiggins, dont voici les principales caractéristiques⁽¹⁾ :

- *L'évaluation n'inclut que des tâches contextualisées.*
- *L'évaluation porte sur des problèmes complexes.*
- *L'évaluation doit contribuer à ce que les étudiants développent davantage leurs compétences.*
- *L'évaluation exige l'utilisation fonctionnelle de connaissances disciplinaires.*
- *Il n'y a aucune contrainte de temps fixée arbitrairement lors de l'évaluation des compétences.*
- *La tâche et ses exigences sont connues avant la situation d'évaluation.*
- *L'évaluation exige une certaine forme de collaboration avec des pairs.*
- *La correction prend en considération les stratégies cognitives et métacognitives utilisées par les étudiants.*
- *La correction ne tient compte que des erreurs importantes dans l'optique de la construction des compétences.*
- *Les critères de correction sont déterminés en faisant référence aux exigences cognitives des compétences visées.*
- *L'autoévaluation fait partie de l'évaluation.*
- *Les critères de correction sont multiples et donnent lieu à plusieurs informations sur les compétences évaluées.*

On peut observer à la lecture de ces caractéristiques que développer une approche pédagogique centrée sur l'apprentissage n'est pas une chose aisée et demande un investissement conséquent de la part des formateurs ainsi que des étudiants.

Les approches pédagogiques issues du paradigme d'apprentissage permettent des acquisitions plus profondément ancrées dans la mémoire de l'apprenant, moins superficielles. Ces acquisitions ne peuvent pas être précisément définies. En effet, celles-ci sont issues d'une démarche intellectuelle propre à chaque individu. Le rôle de l'enseignant est ici de servir de guide à l'apprentissage en définissant un ensemble de compétences utiles à l'étudiant et en secondant ce dernier dans son processus d'acquisition.

Dans ces approches pédagogiques, l'évaluation de la compétence de l'apprenant devient alors un outil pour l'enseignant et l'étudiant qui évaluent ensemble les acquisitions réalisées ainsi que les objectifs pédagogiques à viser pour améliorer ces dernières.

c) Utilisation lors de la formation médicale initiale

Le paradigme d'apprentissage se retrouve lors de la formation médicale initiale lors de travaux dirigés, de séances d'apprentissage par résolution de problèmes, de stage lors du second cycle.

Il constitue la base pédagogique du troisième cycle par le biais de l'approche par compétence. Cette dernière vise l'acquisition des compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale.

3. Comparaison des paradigmes d'enseignement et d'apprentissage

Le tableau suivant extrait d'un article de Jean Jouquan et Philippe Bail ⁽⁷¹⁾ abordant la mise en place d'une pédagogie fondée sur le paradigme d'apprentissage lors du troisième cycle de médecine générale à Brest permet de réaliser une synthèse utile pour bien différencier ces deux paradigmes.

Paradigme d'enseignement	Paradigme d'apprentissage
Les savoirs sont transmis aux étudiants par les professeurs	Les étudiants construisent leurs connaissances partir des questions qu'ils se posent, en interaction avec leurs professeurs et leurs pairs.
Les étudiants reçoivent passivement l'information	Les étudiants traitent activement l'information à l'occasion d'activités de recherche, d'analyse critique, de résolution de problèmes, de conduite de projets...
Les connaissances sont acquises sans lien avec leur contexte prévisible de réutilisation	Les connaissances sont construites prioritairement à partir des contextes (professionnels) authentiques.
Le professeur est conçu avant tout comme un dispensateur de savoirs et comme un examinateur	Le professeur est conçu avant tout comme un facilitateur des apprentissages et comme modèle de rôle explicite
L'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation sont séparés	L'évaluation est enchâssée dans les activités d'enseignement et d'apprentissage
L'évaluation est utilisée essentiellement pour mesurer la quantité des apprentissages	L'évaluation est utilisée pour promouvoir et diagnostiquer les apprentissages
L'évaluation privilégie l'obtention de la bonne réponse	L'évaluation se préoccupe autant du processus que du résultat et exploite les erreurs pour développer les apprentissages
Les apprentissages sont mesurés indirectement grâce à des tests plus ou moins standardisés	Les apprentissages sont appréciés directement à partir de performances, de projets réalisés, de travaux personnels, de portfolios
Seuls les étudiants sont considérés comme apprenants	Les professeurs et les étudiants apprennent ensemble

Figure 9 : Caractéristiques comparatives du paradigme d'enseignement et du paradigme d'apprentissage adapté d'après ME Huba et JE Freed ⁽⁷¹⁾

B. Concepts et principes pédagogiques recommandés par le Collège National des Généralistes Enseignants :

Les principaux objectifs de la formation universitaire de médecine générale sont ainsi énoncés sur le site internet du CNGE :⁽³²⁾

« Le D.E.S de médecine générale, troisième cycle d'études médicales, a pour objectif la spécialisation en médecine générale.

Pour assurer les fonctions de la médecine générale, le médecin généraliste doit acquérir et mettre en œuvre des compétences spécifiques et transversales adaptées à l'exercice de ces missions. Ces compétences lui permettent d'assurer les rôles et les tâches qui lui incombent face aux situations auxquelles il est confronté à :

- *Résoudre un problème de santé non différencié en contexte de soins primaires*
- *Prendre une décision adaptée en contexte d'urgence et/ou en situation d'incertitude*
- *Communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage*
- *Prendre en charge le patient dans sa globalité*
- *Assurer le suivi et la continuité des soins*
- *Entreprendre des actions de santé communautaire*
- *Travailler en équipe et /ou en réseau*
- *Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques*

Le D.E.S de médecine générale doit permettre aux internes d'identifier, d'acquérir et d'être capables de mettre en œuvre ces compétences chaque fois que la situation du patient le nécessite.

A la fin du D.E.S, les internes devront attester de l'acquisition de ces compétences qui sont regroupés en six groupes :

- *Premier recours, Incertitude, Soins non programmés et urgence*
- *Relation, Communication, Approche centrée patient*
- *Continuité, Suivi Coordination des soins autour du patient*
- *Vision Globale, Complexité*
- *Education en santé, Dépistage Prévention, Santé individuelle et communautaire*
- *Professionnalisme »⁽³²⁾*

« Pour répondre aux attentes de la société civile, les départements de médecine générale (DMG) ont pour mission de former des professionnels de santé capables de répondre aux demandes des patients en soins primaires.

Le choix vers un paradigme d'apprentissage est apparu évident dès la mise en place du D.E.S de Médecine Générale, troisième cycle professionnalisant, devant former des professionnels compétents autonomes et réflexifs. »⁽³²⁾

« Vérifier la validité des compétences des futurs professionnels en fin de formation est devenue une exigence sociétale. Certifier est une procédure finale attestant l'acquisition des compétences pour exercer la profession de médecin généraliste. Mais cette démarche finale est construite sur une évaluation continue tout au long des trois années du D.E.S. Elle est déclinée dans les différents lieux d'apprentissage et devrait aboutir à l'autorisation d'exercer. Par ce processus, cette autorisation sera donnée à de jeunes professionnels formés, capables de s'insérer d'emblée dans le système de soins (parcours de soins), la démarche qualité et les contraintes médico économiques. »⁽³²⁾

Ces citations concernent deux concepts qui sont au centre de l'organisation du troisième cycle de la formation médicale initiale des spécialistes en médecine générale : l'approche par compétence et la certification.

1. L'approche par compétence

L'approche par compétence est la mise en place d'une pédagogie selon le paradigme d'apprentissage visant à acquérir les compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale.

Ces compétences sont celles que l'on retrouve au sein de la marguerite des compétences qui a déjà été détaillée plus tôt dans ce travail.

2. La certification

La certification des compétences en fin de cursus universitaire consiste à juger qu'un interne possède l'ensemble des capacités nécessaires pour résoudre de façon appropriée la majorité des problèmes de santé auxquels il pourra être confronté lors de son futur exercice ambulatoire en autonomie. ⁽⁷²⁾

Au niveau réglementaire, cette certification se fonde sur l'article 12 de l'arrêté du 22 septembre 2004:

- *la validation de tous les stages exigés pour le diplôme d'études spécialisées*
- *un mémoire rédigé et soutenu par l'interne et portant sur un travail de recherche clinique ou fondamentale. Ce mémoire peut porter sur un thème spécifique ou être constitué d'un ensemble de travaux.*
- *un document de synthèse rédigé par l'interne, portant sur les travaux scientifiques qu'il a réalisés, sur sa participation à des congrès ou colloques, ses stages à l'étranger et toute autre formation ou expérience complémentaires ;*
- *des appréciations annuelles de l'enseignant coordonnateur;*
- *l'avis du directeur de l'unité de formation et de recherche dont relève l'interne.* ⁽⁵⁸⁾

A la lecture des citations présentées plus haut, il est notable que cette certification revêt un aspect sommatif par son aspect sanctionnant en fin de cursus. Cette évaluation se base alors sur le cadre réglementaire ainsi que sur l'ensemble de l'évolution de l'interne durant son cursus de troisième cycle.

Cette évaluation sommative est associée à une évaluation formative se déroulant sur les trois ans du troisième cycle visant à guider l'interne dans ses apprentissages.

Ce travail étudiera plus tard les modalités de la certification adoptées par le Département Universitaire de Médecine Générale de la faculté de Brest.

C. Synthèse

Ces deux façons d'aborder la formation médicale initiale, que sont les paradigmes d'enseignement et d'apprentissage, visent des buts différents et utilisent des moyens différents. Ainsi, il est logique de retrouver des éléments évocateurs de ces deux paradigmes à des moments différents de la formation médicale initiale. Il importe que l'enseignant explique clairement à l'apprenant dans quel registre pédagogique il se trouve et quels sont les objectifs visés pour que celui-ci puisse adapter ses apprentissages.

En cas d'absence de compréhension des modalités pédagogiques mises en place, par l'étudiant, celui-ci réaliserait alors des apprentissages de moins bonne qualité.

En étudiant l'encadrement réglementaire de la formation médicale initiale, ce travail permettra d'observer que les modalités pédagogiques à mettre en place ne sont que rarement décrites clairement et sont souvent laissées à l'appréciation de chaque université. Bien souvent, ce sont les modalités d'évaluation qui sont détaillées par la réglementation. Les modalités d'évaluation et d'apprentissage étant liées, les modalités pédagogiques alors mises en place découlent des buts visés. Cela explique que la mise en place de la formation médicale initiale des deux premiers cycles d'étude soit sensiblement la même dans l'ensemble des universités, ceux-ci étant très réglementés.

La mise en place du troisième cycle est moins réglementée expliquant que les modalités pédagogiques puissent varier d'une faculté à une autre, notamment lors de la certification.

V. Contraintes réglementaires organisant la formation médicale initiale

« Nul n'est censé ignorer la loi, surtout quand il est facile de la connaître »

Aristote

La formation médicale initiale en France est régie par de nombreux textes de lois.

Lorsqu'une équipe pédagogique doit réfléchir à la mise en place pratique du cursus au sein de sa faculté, elle doit adapter ses choix en fonction de cet aspect réglementaire.

La réglementation Française est ainsi une autre source de contraintes influençant la formation médicale initiale et sera le sujet de la partie suivante.

La formation médicale initiale ayant été modifiée récemment dans les suites de la réforme LMD (Licence Master Doctorat) visant à une harmonisation des formations universitaires européennes. La formation actuelle n'est plus la même que celle dont ont pu bénéficier les médecins interrogés. Dans un souci de clarté, cette étude va retracer l'aspect réglementaire de la formation initiale actuelle d'un spécialiste en médecine générale en France. Les modifications ayant eu lieu depuis la formation des médecins interrogés pour cette étude seront abordées lors de la description de la formation médicale initiale mise en place par la faculté de Brest.

Dans cette partie, l'ensemble de la formation médicale initiale de la première à la dernière année sera abordée et non pas uniquement le troisième cycle. Une partie non négligeable des connaissances et compétences nécessaires à la médecine générale étant acquise lors des deux premiers cycles du cursus, ce travail ne pouvait se centrer sur le seul troisième cycle.

A. Organisation générale actuelle:

Actuellement, les études médicales permettant l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale durent neuf ans et sont composées de trois cycles.

Deux concours ponctuent ce cursus. Celui de fin de première année permet de réaliser une sélection parmi les étudiants et de les orienter vers les différents cursus universitaires des métiers de santé. Le second concours se déroule en fin de second cycle et oriente les étudiants en médecine vers les filières professionnelles de troisième cycle.

Le premier cycle ou diplôme de formation générale en sciences médicales (DFGSM) comporte une première année commune aux différentes études de santé (PACES), et deux années de formations en sciences médicales.

Ces deux années DFGSM.2 et DFGSM.3 (précliniques) consistent essentiellement en cours, Travaux Dirigés et Travaux Pratiques associés à quelques stages hospitaliers d'initiation à la clinique. Ces trois premières années permettent d'acquérir les notions de base en anatomie, physiologie, biologie, sciences humaines et sémiologie nécessaires à la maîtrise de la clinique.

Le second cycle actuellement appelé diplôme de formation approfondi en sciences médicales (DFASM) comporte trois années de formation en sciences médicales visant à acquérir les compétences cliniques et thérapeutiques nécessaires à la prise de fonction de troisième cycle.

A l'issue du DFASM, les étudiants choisissent leur filière professionnelle ainsi que le CHU de réalisation de leur troisième cycle sur la base de leur classement aux ECN.

Le troisième cycle des études de médecine (TCEM), l'internat, est organisé en filière (Médecine Générale, Médecine de Spécialité, Chirurgie, Anesthésie Réanimation, Biologie, etc. ...). Ce cycle, dont la durée varie en fonction de la spécialité choisie, dure trois ans pour la médecine générale.

La formation de troisième cycle vise l'acquisition d'une véritable autonomie professionnelle.

B. Cadre réglementaire du premier cycle : Diplôme de Formation Générale en Science Médicale (DFGSM)

Ce premier cycle comporte trois ans. Il remplace, depuis la rentrée universitaire 2010, le Premier Cycle des Etudes Médicales (PCEM).

1. Cadre réglementaire de la première année :

L'arrêté du 28 octobre 2009 ⁽⁶⁵⁾ précise l'organisation actuelle de la Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES) constituant la première année du Diplôme de Formation Générale en Science Médicale (DFGSM 1).

Cette année est commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme. Elle peut l'être également avec certaines formations paramédicales.

a) Conditions d'accès

Pour être admis à s'inscrire en première année des études de santé, les candidats doivent justifier du baccalauréat devenu la principale sélection d'entrée dans le cursus des études de médecine depuis la suppression du concours de l'externat en 1968.

D'autres modes d'entrée sont possibles, notamment pour les étudiants pouvant justifier d'un diplôme d'accès aux études universitaires équivalent au baccalauréat.

Le nombre maximum d'inscriptions en première année des études de santé est de deux, sauf dérogation.

b) Organisation de la formation

La formation délivrée au cours de la première année des études de santé est structurée en deux semestres. Elle associe des enseignements théoriques et dirigés.

Cette formation comporte des unités d'enseignement communes aux quatre filières de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de sage-femme.

A ce tronc commun d'enseignements s'ajoute, durant le premier semestre, une information sur les différents métiers correspondant aux différentes filières et une sensibilisation à la recherche

biomédicale. Durant le second semestre, une unité d'enseignement spécifique à chacune des filières vient compléter les unités d'enseignements communes.

Les universités organisent, à l'issue du premier semestre, des épreuves portant sur l'enseignement délivré au cours de celui-ci.

Les étudiants ont, par la suite, la possibilité de concourir en vue d'une ou de plusieurs filières présentes au concours de première année. En début de second semestre, ils choisissent, l'unité ou les unités d'enseignement spécifiques correspondant à la ou aux filières de leur choix.

Les épreuves organisées à la fin du deuxième semestre portent sur les unités d'enseignement communes dispensées au cours de celui-ci et sur l'unité d'enseignement spécifique à chacune des filières.

A l'issue des épreuves du second semestre, un classement est établi pour chacune des filières en prenant en compte les résultats obtenus à l'ensemble des unités d'enseignement communes ainsi qu'à l'unité d'enseignement spécifique.

L'ensemble du contenu des différentes unités d'enseignement est décrit en annexe de l'arrêté du 28 octobre 2009⁽⁶⁵⁾. Chacun de ces objectifs est lui-même divisé en items ce qui permet de tracer la trame de ce que doit être le programme de cette première année et influence les cours proposés.

Les unités d'enseignements et les objectifs s'y rattachant forment le programme de la PACES décrit selon cet arrêté⁽⁶⁵⁾:

UE1 : Atomes, biomolécules, génome, bioénergétique, métabolisme dont les objectifs sont :

- *Acquérir les connaissances de base sur les atomes et sur l'organisation des molécules du vivant*
- *Savoir décrire les principales fonctions chimiques utiles à la vie et à la compréhension de l'action des médicaments, à la compréhension de principales dysfonctions métaboliques (exemple de maladies), à la compréhension des dysfonctions liées à l'environnement*
- *Connaître les principales molécules biologiques (relation structure-fonction) et savoir décrire les principales fonctions utiles à la compréhension du maintien d'équilibres biologiques (physiologie) ou à la compréhension des déséquilibres (exemple de maladies)*
- *Connaître les bases moléculaires de l'organisation du génome - appréhender les étapes essentielles de la fonction du génome, de l'expression des gènes - connaître le rôle principal des bio-nutriments et le métabolisme énergétique*

UE2 : La cellule et les tissus dont les objectifs sont :

- *Connaître la structure et la fonction des principaux composants de la cellule eucaryote permettant d'appréhender les conditions d'expression et de régulation du programme cellulaire*
- *Connaître les principales étapes de développement de l'embryon humain (organogenèse morphogénèse)*
- *Connaître la structure de principaux tissus*
- *Savoir décrire les principales méthodes d'étude des cellules et des tissus*

UE3 : Organisation des appareils et des systèmes : Bases physiques des méthodes d'exploration – aspects fonctionnels dont les objectifs sont :

- *Comprendre les processus physiques à la base des différentes méthodes d'imagerie et d'exploration fonctionnelle*
- *Connaître les bases physiques et physiologiques utiles à la compréhension des échanges et au maintien des équilibres au sein de l'organisme*

UE4 : Evaluation des méthodes d'analyses appliquées aux sciences de la vie et de la santé dont les objectifs sont :

- Notion de grandeurs intensives et extensives
- Maîtrise de notions mathématiques de base (fonctions trigonométriques, exponentielles, logarithmes, fonctions à plusieurs variables) et de la métrologie - Maîtrise des bases mathématiques utiles à la compréhension dans les techniques statistiques appliquées à la médecine (théories ensemblistes élémentaires, fonctions mathématiques de base)
- Probabilités : maîtrise du concept de probabilité, des probabilités conditionnelles élémentaires, lois de probabilité discrète (Bernoulli binomial, Poisson) et continue (loi normale, Student)
- Statistiques et leurs implications dans le domaine médical :
 - . Maîtrise de la méthodologie (rétrospectif/prospectif, etc.), introduction à la critique d'une méthode statistique.
 - . Maîtrise du concept d'échantillonnage, d'estimation ponctuelle et par intervalle de confiance.
 - . Maîtrise des tests statistiques paramétriques et non paramétriques.
- Bases statistiques des études épidémiologiques
- Introduction à la notion de critique des tests statistiques dans les expériences ; choix de la méthode, protocole, puissance statistique en vue de la préparation à la lecture critique d'article. Exemple : Apports des probabilités conditionnelles (sensibilité/spécificité ; V.P.P. / V.P.N.) dans le choix d'examen paracliniques.

UE5 : Organisation des appareils et des systèmes : Aspects morphologiques et fonctionnels dont les objectifs sont :

- Présentation de l'organisation générale des appareils et des systèmes en abordant, avec l'Anatomie, l'embryologie (organogenèse, morphogenèse)
- Développer les aspects morphologiques et fonctionnels qui faciliteront l'abord de la Physiologie, de la Séméiologie et de l'imagerie, illustrer par quelques exemples d'imageries

UE6 : Initiation à la connaissance du médicament dont les objectifs sont :

- Former à la connaissance du médicament, en considérant :
 - l'aspect réglementaire du médicament et des autres produits de santé
 - le cycle de vie du médicament de sa conception à la mise sur le marché (A.M.M.) y compris sa surveillance aspects post-A.M.M.
 - le mode d'action des médicaments et leur devenir dans l'organisme
 - le bon usage des médicaments dans le cadre de leur utilisation thérapeutique

UE7 : Santé, société, humanité dont les objectifs sont :

- Développer les capacités d'analyse et de synthèse : s'assurer des capacités de raisonnement et de synthèse (« contraction » de texte)
- Sciences humaines et sociales : développer une culture commune de santé, une réflexion éthique (équilibre éthique-juridique), la connaissance de l'histoire des soins, des sciences et des relations entre soignés et soignants, une réflexion sur les données de la psychologie médicale, une réflexion sur les bases rationnelles d'une démarche scientifique. Apprendre les bases élémentaires du Droit et des Sciences politiques (organisation de la justice en France, les principales institutions.), des Sciences économiques (bases élémentaires d'économie générale.)
- Santé publique :
 - .Connaître les définitions de la santé et les facteurs qui l'influencent
 - .Connaître les principes de l'organisation des soins, de leur distribution et de leur financement. Connaître les évolutions en matière de santé liées aux évolutions technologiques
 - .Intégrer le rôle de l'environnement dans la santé

A la lecture de l'ensemble de ces objectifs et des items s'y rattachant, il est possible de quantifier la charge de travail pesant sur les étudiants de première année pour acquérir l'ensemble des connaissances de bases permettant les acquisitions ultérieures. Il est également possible d'observer la diversité des connaissances de base nécessaire à la pratique de la médecine.

Comme cela a été vu plus tôt dans ce travail, la profondeur de l'ancrage de ces connaissances sera fonction de ce que l'étudiant pense de ce que l'on attend de lui. Etant donné qu'il s'agit ici d'une année de sélection, les étudiants auront tendance à apprendre par cœur la moindre notion qui leur est présentée pour éviter de perdre des points lors du concours.

c) Organisation de l'évaluation

L'arrêté du 28 octobre 2009⁽⁶⁵⁾ précise, que l'évaluation des connaissances revêt un caractère sommatif en fin de premier puis de second semestres. Par contre, il ne mentionne pas les modalités relatives à l'organisation des évaluations des connaissances. La seule précision relative à l'évaluation porte sur l'unité d'enseignements « santé, société, humanité ». Cette unité doit faire l'objet d'une épreuve rédactionnelle.

Pour être admis à poursuivre des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme au-delà de la première année des études de santé, les candidats doivent figurer en rang utile sur la liste de classement correspondant à la filière choisie.

Le nombre de postes disponibles au choix par filière est fonction du numerus clausus instauré en 1971⁽⁴²⁾. Ce nombre est réévalué annuellement.

2. Cadre réglementaire du stage infirmier de fin de PACES

Cette première année se conclut, pour les étudiants reçus en rang utile, par un stage hospitalier d'une durée de quatre semaines dont les modalités sont définies par l'article 7 de l'arrêté du 22 mars 2011 :

La formation comprend également un stage d'initiation aux soins effectué sous la conduite de cadres infirmiers d'une durée de quatre semaines, à temps complet et de manière continue, dans un même établissement hospitalier. Pendant ce stage, les étudiants sont également initiés aux principes de l'hygiène hospitalière et aux gestes de premier secours. Ces gestes sont enseignés sous la responsabilité d'un enseignant-praticien hospitalier désigné pour organiser cette formation par le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine, après avis du conseil de cette dernière.[...] La validation du stage est prononcée par le directeur de l'unité de formation et de recherche sur avis du responsable de la structure d'accueil dans laquelle l'étudiant a été affecté, dans le cadre de la convention prévue à l'alinéa précédent.⁽⁷³⁾

Ce stage constitue pour les étudiants en médecine le premier contact avec l'univers des soins hospitaliers et représente également la dernière obligation légale avant la validation définitive de la réussite au concours de PACES.

3. Cadre réglementaire de la deuxième et de la troisième année :

a) Généralités

Ces deux années constituent la deuxième et la troisième année du DFGSM (DFGSM 2 et DFGSM 3)

L'arrêté du 22 mars 2011 précise l'organisation réglementaire du DFGSM⁽⁷³⁾.

Le diplôme de formation générale en sciences médicales sanctionne la première partie des études de médecine. Ce diplôme comprend six semestres de formation validés par l'obtention de 180 crédits

européens, correspondant au niveau licence instauré par la réforme LMD (Licence-Master-Doctorat). Cette réforme visant à une harmonisation des systèmes d'enseignement supérieur dans les suites du processus de Bologne amorcé en 1999⁽⁷⁴⁾ s'est mise en place progressivement à partir de 2002.⁽⁷⁵⁾

Les deux premiers semestres du DFGSM, correspondent à la première année commune aux études de santé (PACES).

b) Conditions d'accès

L'accès à la seconde année du DFGSM est réservé aux étudiants classés en rang utile au concours de la filière médecine en PACES ayant validé le stage d'initiation aux soins.

c) Objectifs de la formation

La formation du DFGSM a pour objectif l'acquisition des connaissances scientifiques de base, indispensables à l'exercice des métiers médicaux par une approche de l'homme sain et de l'homme malade.

Quatre principes régissent l'acquisition des connaissances lors du DFGSM⁽⁷³⁾ :

- Le rejet de l'exhaustivité, celle-ci étant devenue impossible du fait de la croissance constante des connaissances.
- La participation active de l'étudiant : afin de favoriser l'efficacité de la formation.
- La pluridisciplinarité lors des enseignements
- L'ouverture sur l'ensemble des métiers de la santé et des pratiques professionnelles.

d) Le programme de la formation

Le programme de la formation de DFGSM n'est pas strictement défini par l'arrêté du 22 mars 2011⁽⁷³⁾. Les objectifs d'apprentissages ainsi que les items s'y rattachant, définis par cet arrêté, constituent une trame utile pour une mise en place harmonieuse de la formation dans les différentes facultés. Chaque université décide du programme et de l'organisation pédagogique des différents cours pour pouvoir répondre aux objectifs.

Une partie du programme du DFGSM est réalisée lors de la première année commune (PACES).

Le DFGSM vise l'acquisition de connaissances fondamentales basées sur les sciences humaines, les bio-statistiques, la biologie, la biochimie, la biophysique, la physiologie, l'anatomie et sémiologie générale.

Puis, à partir de ce socle de connaissances fondamentales, la construction d'un corpus de connaissances intégrant la sémiologie (clinique ou paraclinique) et la physiopathologie orientée vers les différents « appareils » (appareil digestif, locomoteur, respiratoire, cardiovasculaire, neurologique, reproducteur, urinaire, immunitaire, nutritionnel, dermatologique, hématologique...)

Ce corpus de connaissances servira de base aux enseignements de second et troisième cycles.

L'ensemble des objectifs et des items s'y rattachant sont en annexe de l'arrêté du 22 mars 2011.⁽⁷³⁾

Un enseignement de langues vivantes étrangères, une formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1 ainsi qu'une initiation à la recherche sont également organisés durant ce premier cycle.

A ce tronc commun de connaissances, les étudiants peuvent ajouter des unités d'enseignements librement choisies leur permettant ainsi d'orienter leur formation à un projet professionnel.

e) Organisation pratique de la formation

Les enseignements conduisant au diplôme de formation générale en sciences médicales comprennent des enseignements théoriques et l'accomplissement de stages.

Les enseignements sont organisés par disciplines sous forme d'unités d'enseignement.

Ces enseignements comprennent les unités d'enseignement du tronc commun associées à des unités d'enseignement librement choisies par l'étudiant. Ces dernières permettent alors à chaque étudiant de composer son projet professionnel.

L'acquisition des connaissances théoriques est associée à leur application pratique lors de stages.

Les compétences à acquérir lors de ces stages sont⁽⁷³⁾ :

- Mener un entretien
- Réaliser un examen clinique orienté par l'histoire pathologique et les doléances du patient, complété par un examen général.
- Restituer objectivement sous forme d'observation les éléments précédents.
- S'initier au raisonnement clinique et à une démarche diagnostique.
- Identifier le rôle de chaque membre de l'équipe soignante et leurs interactions.

f) Evaluation des acquisitions⁽⁷³⁾

Les aptitudes ainsi que l'acquisition des connaissances sont appréciées chaque semestre. Le mode d'évaluation à mettre en place est défini au sein de chaque université : soit un contrôle continu, soit un examen terminal, soit l'association des deux.

La validation des stages est prononcée sur avis du responsable pédagogique de l'étudiant lors du stage. Cet avis doit reposer sur une évaluation finale et/ou continue sous forme de mise en situation.

g) Validation du DFGSM⁽⁷³⁾

Le diplôme de formation générale en sciences médicales est délivré aux étudiants qui ont validé l'ensemble des unités d'enseignement dispensées durant ces trois années de formation.

C. Cadre réglementaire du second cycle : Diplôme de Formation Approfondie en science médicale (DFASM) :

Le cursus de second cycle est pour le moment toujours en cours de transition entre l'ancien modèle et le nouveau basé sur la réforme LMD.

Ainsi, la rentrée universitaire 2013 a vu la disparition du DCEM2 et l'apparition du DFASM 1. Cette transition vers le nouveau mode de cursus de second cycle doit se faire progressivement avec la disparition du DCEM3 remplacé par le DFASM 2 à la rentrée universitaire 2014. Et enfin la disparition de l'ancien cursus de second cycle à la rentrée universitaire 2015 avec la mise en place du DFASM3 remplaçant le DCEM4.

C'est également dans cette même année universitaire 2015-2016 que l'ECN actuel sera remplacé par le premier ECN i. Ce nouvel ECN marquera alors le renouvellement complet de la formation universitaire de second cycle.

Les deux systèmes de formation cohabitent à l'heure actuelle. Afin de ne pas risquer de faire naître de confusion entre ces deux modes de formation, ne seront détaillées ici que les dispositions réglementaires les plus récentes et en cours de mise en place afin de décrire la formation accessible à un étudiant débutant actuellement son second cycle.

L'ancien système de formation sera détaillé plus tard dans le cours de ce travail permettant ainsi une mise en contraste des différences entre la formation actuelle et celle dont ont disposé les médecins interrogés lors de cette étude.

1. Généralités

Le diplôme de formation approfondie en sciences médicales, défini par l'arrêté du 08 avril 2013⁽⁶⁷⁾, sanctionne le deuxième cycle. Il comprend six semestres de formation correspondant au niveau master.

2. Conditions d'accès :

L'accès au DFASM est réservé aux étudiants ayant validé l'ensemble des unités d'enseignements du DFASM.

3. Objectifs pédagogiques⁽⁶⁷⁾:

Le deuxième cycle des études médicales a pour objectif l'acquisition des compétences génériques permettant aux étudiants d'exercer par la suite, en milieu hospitalier ou ambulatoire, les fonctions du troisième cycle dans la spécialité qu'ils auront choisie.

L'étudiant doit acquérir, lors du DFASM, des compétences cliniques, scientifiques, déontologiques, éthiques ainsi qu'en communication afin de pouvoir coopérer avec les autres acteurs du système de soins. Il doit également apprendre à faire preuve de remise en question.

Ces différentes compétences génériques ont été définies et regroupées dans le cadre d'un référentiel compétence de grade master.

La formation du DFASM vise également à l'acquisition de connaissances relatives aux processus physiopathologiques, aux bases thérapeutiques et à la prévention complétant et approfondissant celles acquises au cours du cycle précédent.

Elle permet également l'apprentissage du raisonnement clinique et une formation à la démarche scientifique.

4. La formation :

La formation conduisant au diplôme de formation approfondie en sciences médicales comprend des enseignements théoriques, pratiques ainsi que l'accomplissement de stages.

a) La formation théorique :

Cette formation théorique se base sur un tronc commun permettant d'atteindre les objectifs définis précédemment. Ce tronc commun comprend 13 unités d'enseignements (UE) dont 11 unités d'enseignement transdisciplinaires regroupant 362 items, une unité d'enseignement de formation générale à la recherche et une unité d'enseignement « Stages et gardes »⁽⁶⁷⁾.

Ce tronc commun forme le programme de l'ensemble du second cycle. Il sert aussi de base à la réalisation des questions de l'examen national classant clôturant le DFASM.

La progression très rapide des connaissances impose des choix dans les connaissances à acquérir. Ce programme ne peut alors pas être exhaustif.

A ce tronc commun, s'ajoute un parcours personnalisé au cours duquel l'étudiant pourra choisir :

D'approfondir ou de compléter ses connaissances et compétences dans un domaine médical transversal ou pluridisciplinaire.

D'approfondir ou de compléter ses connaissances et compétences favorisant une orientation vers la recherche dans le cadre d'un parcours approprié.

D'approfondir ou de compléter ses connaissances et compétences dans des disciplines non strictement médicales.⁽⁶⁷⁾

Parmi ces enseignements, sont prévus également⁽⁶⁷⁾ :

- Un enseignement de langues vivantes étrangères.
- Une formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2
- Une formation à la démarche scientifique.

L'organisation des enseignements est définie par chaque université de manière indépendante.

b) La formation pratique:

Lors du DFASM, les étudiants doivent accomplir trente-six mois de stages et participer au moins 25 gardes.⁽⁶⁷⁾

Sur chaque lieu de stage, des médecins référents de stage accueillent, encadrent et évaluent la progression des étudiants.

L'identification des objectifs pédagogiques ainsi que le suivi de la progression des étudiants sont consignés dans un carnet de stage dans lequel sont répertoriées les situations cliniques que l'étudiant peut rencontrer.

(1) La formation pratique hospitalière

Durant leur formation de second cycle, les étudiants accomplissent des stages dans des unités de soins où ils participent à l'activité hospitalière en vue de l'acquisition des compétences prévues dans leur carnet de stage.

Ils doivent effectuer durant le DFASM au moins un stage en chirurgie et un stage dans une unité d'accueil des urgences, ou de réanimation, ou de soins intensifs.⁽⁶⁷⁾

(2) La formation pratique ambulatoire

Durant la formation pratique de second cycle, est prévu un stage ambulatoire encadré par un médecin généraliste agréé maître de stage des universités.

Ce stage ambulatoire a pour objectif de permettre à l'étudiant :

- *D'appréhender la relation médecin-patient en médecine générale et la place du médecin généraliste au sein du système de santé ;*
- *De se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale, la sémiologie des stades précoces des maladies et des maladies prévalentes en ambulatoire*
- *De se familiariser avec la démarche de prévention et les enjeux de santé publique ;*
- *D'appréhender les notions d'éthique, de droit et de responsabilité médicale en médecine générale ambulatoire.*
- *D'appréhender les conditions de l'exercice de la médecine générale en structure ambulatoire.*
- *D'appréhender la prise en charge globale du patient dans le cadre d'une structure ambulatoire de premier recours ;*
- *De comprendre les modalités de gestion d'une structure ambulatoire* ⁽⁶⁷⁾

Les stages ont une durée de six à huit semaines à temps plein ou de douze à seize semaines à mi-temps.

5. Evaluation des acquisitions

a) De la formation théorique :

Les modalités d'évaluation des enseignements théoriques sont définies au sein de chaque université. L'arrêté du 08 avril 2013 ⁽⁶⁷⁾ ne précise que leur caractère semestriel.

b) De la formation pratique :

L'évaluation finale du stage intervient à l'issue d'un entretien entre l'étudiant et le référent. Celle-ci porte sur des activités adaptées aux objectifs définis pour ce stage. ⁽⁶⁷⁾

La validation des stages est prononcée, à l'issue de chaque stage ou ensemble de stages, par le directeur de l'unité de formation qui tient compte de l'évaluation effectuée par le référent de stage ⁽⁶⁷⁾.

La validation de la totalité des stages d'une année d'étude conditionne le passage dans l'année supérieure. ⁽⁶⁷⁾

6. Le certificat de compétence clinique

Un certificat de compétence clinique est organisé au cours des deux derniers semestres de formation. Il est destiné à vérifier les compétences acquises par les étudiants et leur capacité à les synthétiser.

7. La validation du DFASM

Le diplôme de formation approfondie en sciences médicales est délivré aux étudiants qui ont validé l'ensemble des unités d'enseignement ainsi que le certificat de compétence clinique. ⁽⁶⁷⁾

D. Cadre réglementaire de l'examen classant national (ECN)

Là encore, il existe une transition en cours entre l'ancien et le nouveau mode de sélection des ECN. Avec la mise en place progressive du DFASM, aura lieu une transition vers un mode d'examen informatique dont les questions seront basées sur les 362 items étant la base du programme de ce dernier.

A l'heure actuelle, la sélection se déroule toujours selon l'ancien modèle basé sur l'arrêté du 4 mars 1997⁽⁵⁴⁾ et ce jusqu'au premier ECN prévu en 2016. C'est à dire lorsque l'ensemble de la formation de second cycle aura subi la transition vers le DFASM.

Ce travail n'explorera pas le mode de réalisation de ce concours. Cela n'apporterait rien à la réflexion qui le préoccupe celui-ci n'ayant pas d'influence directe sur la formation médicale initiale.

Ce concours a par contre une influence indirecte sur les acquisitions des étudiants. Du fait de la correction par mots clés, ceux-ci ont tendance à réaliser un apprentissage poussé des différents items.

Suite à l'ECN, les étudiants en médecine sont classés en fonction de leur réussite au concours. Ce classement national leur permet alors de choisir leur spécialisation de troisième cycle ainsi que le CHU où ils seront rattachés pour la réalisation de celui-ci. Ce classement aura également une influence sur le déroulement du troisième cycle de leur cursus.

E. Cadre réglementaire du troisième cycle de médecine générale en France.

Les principaux textes réglementaires concernant le troisième cycle de médecine générale sont :

- L'arrêté du 22 septembre 2004⁽⁵⁸⁾ fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine
- Le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales⁽⁷⁶⁾
- L'arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales⁽⁷⁷⁾
- Auxquels il est possible d'ajouter des textes portant sur le stage ambulatoire de niveau 1 et de niveau 2.

1. Conditions d'accès au troisième cycle de médecine générale :

Pour accéder au troisième cycle des études médicales, les étudiants doivent avoir validé l'ensemble de leur second cycle et avoir passé le concours de l'ECN. L'examen classant national permet à tous les candidats d'obtenir une affectation en qualité d'interne.⁽⁷⁶⁾

La procédure de choix de la discipline et du centre hospitalier universitaire de rattachement est organisée en fonction du rang de classement obtenu par le candidat à l'ECN⁽⁷⁶⁾.

Après la procédure de choix, les internes relèvent pour leur formation pédagogique, de la faculté de médecine du CHU qu'ils ont choisie.⁽⁷⁶⁾

2. La formation de troisième cycle:

Les internes reçoivent à temps plein une formation théorique et pratique de trois à cinq ans selon le diplôme d'études spécialisées envisagé.

Le troisième cycle de médecine générale a une durée de trois ans.

a) Formation théorique :

L'enseignement théorique du troisième cycle de médecine générale a une durée de 200 heures réparties sur trois années du cycle⁽⁷⁷⁾.

Il est organisé par modules et porte sur les domaines suivants :

- La médecine générale et son champ d'application.
- Les gestes et techniques en médecine générale.
- Les situations courantes en médecine générale ; stratégies diagnostiques et thérapeutiques, leur évaluation ;
- Les conditions de l'exercice professionnel en médecine générale et la place des médecins généralistes dans le système de santé ;
- La formation à la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique ;
- La préparation du médecin généraliste au recueil des données en épidémiologie, à la documentation, à la gestion du cabinet, à la formation médicale continue et à la recherche en médecine générale.⁽⁷⁷⁾

Le département universitaire de médecine générale de chaque université fixe les modalités d'organisation des enseignements et les règles de leur validation.

b) Formation pratique :

Le choix de stage des internes s'effectue par ancienneté c'est-à-dire en fonction du nombre de semestres validés. A ancienneté égale, le choix s'effectue selon le rang de classement dans la discipline c'est à dire en fonction du rang à l'ECN.

Les stages s'effectuent dans des services agréés pour la médecine générale et ont une durée d'un semestre.

(1) La maquette de stage du Diplôme d'études spécialisées de médecine générale :

L'interne de médecine générale doit dans le cadre de ses fonctions hospitalières, effectuer un semestre de formation dans un service agréé du centre hospitalier universitaire.

Depuis l'arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004⁽⁷⁸⁾, la maquette des stages du DES de médecine générale est présentée ainsi :

Deux semestres obligatoires dans des lieux de stage hospitaliers agréés au titre de la discipline médecine générale :

- un au titre de la médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie ;
- un au titre de la médecine d'urgence.

Deux semestres dans un lieu de stage agréé au titre de la discipline médecine générale :

- un semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie ;
- un semestre libre.

Un semestre auprès d'un médecin généraliste, praticien agréé-maître de stage des universités.

Un semestre, selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale, effectué en dernière année d'internat, soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de médecine générale. ⁽⁷⁸⁾

(2) Précisions sur le stage gynécologie-pédiatrie

Dans la description de la maquette du DES, issue de l'arrêté du 10 août 2010 ⁽⁷⁸⁾, le stage de gynécologie et pédiatrie ne présente plus actuellement de caractère hospitalier obligatoire. Il peut ainsi être réalisé en ambulatoire.

(3) Précision sur le stage ambulatoire de niveau 1 ⁽⁵¹⁾ :

Ce semestre se déroule dans un ou plusieurs cabinets libéraux, sans que le nombre de maîtres de stages puisse excéder trois. ⁽⁵¹⁾

Lorsque le stage en cabinet libéral se déroule auprès de plusieurs maîtres de stage, la durée de présence du stagiaire auprès de chacun d'eux s'effectue par mois entiers. ⁽⁵¹⁾

Ce stage comporte obligatoirement une période de 4 mois accomplie dans des cabinets libéraux. Il peut également comprendre 2 périodes d'un mois de stage accomplies dans des structures, autres qu'un cabinet libéral, au sein desquelles des médecins généralistes participent au contrôle de soins primaires. Ces structures peuvent être des dispensaires, des services de protection maternelle et infantile (PMI), des services de santé scolaire, des centres de santé ⁽⁵¹⁾ ...

Le stage de médecine ambulatoire de niveau 1 comporte trois phases :

- Une phase d'observation au cours de laquelle l'interne 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 cas de nécessité. ⁽⁵¹⁾

La présence du stagiaire lors des consultations ainsi que la réalisation d'actes médicaux sont subordonnées à l'accord du patient et du maître de stage. ⁽⁵¹⁾

(4) Précision sur le stage ambulatoire de niveau 2 :

Parmi les 2 semestres libres laissés au choix des internes, l'un d'eux peut se faire en secteur ambulatoire. Il s'agit du Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) défini selon une circulaire ministérielle d'avril 2004. ⁽⁷⁹⁾

(a) Objectifs pédagogiques

Ce stage doit notamment permettre aux internes de médecine générale :

- «-d'être confrontés aux demandes de prise en charge en médecine ambulatoire et aux décisions qu'elles impliquent,
- de se familiariser avec l'analyse des difficultés rencontrées et l'élaboration des solutions qui permettent d'y remédier,
- de prendre en charge des patients dont la situation relève d'un suivi au long cours (affections chroniques, affections évolutives, grossesses, nourrissons...),
- de participer à l'organisation matérielle d'un cabinet et à sa gestion, d'appréhender son contexte administratif et les exigences qui en découlent dans l'exercice quotidien,
- d'établir des contacts avec les confrères et une collaboration avec les autres professionnels de santé, en particulier dans le cadre de réseaux de soins
- de participer à l'organisation d'actions collectives de prévention en médecine scolaire, PMI... »⁽⁷⁹⁾

(b) Déroulement du stage.

Le stage en cabinet libéral constitue le lieu d'exercice principal de ce stage. D'autres lieux de stage peuvent être agréés : PMI, médecine scolaire, médecine humanitaire, médecine pénitentiaire, etc...⁽⁷⁹⁾

Dans tous les cas, l'interne de médecine générale exerce ses fonctions sous la responsabilité et la supervision du « maître de stage » dont il relève. L'interne doit alors participer à des séances pluri-hebdomadaires de révision de dossiers.

3. Validation du DES de médecine générale :

La validation du troisième cycle des études médicales est attestée par la délivrance d'un diplôme d'études spécialisées, mentionnant la qualification obtenue⁽⁷⁶⁾.

La délivrance du diplôme d'études spécialisées au cours du dernier semestre d'internat se fonde sur l'arrêté du 22 septembre 2004 déjà détaillé lors de l'étude de la certification.

4. Validation du cursus de médecine générale⁽⁷⁶⁾ :

Le diplôme d'Etat de docteur en médecine ne peut être délivré qu'aux candidats ayant à la fois soutenu avec succès leur thèse et obtenu le diplôme d'études spécialisées.

5. L'encadrement de la formation de médecine générale⁽⁶¹⁾:

L'encadrement de la formation universitaire de la médecine générale, de second ou troisième cycle, est assuré au sein de chaque faculté par les membres du Département Universitaire de Médecine Générale local.

Les enseignements théoriques sont assurés par les membres du DUMG. Ces membres assurent les fonctions de chargés d'enseignements, de chefs de cliniques universitaires, de maîtres de conférences universitaires ou attachés, de professeurs universitaires ou attachés.

Les enseignements pratiques réalisés lors des stages de médecine ambulatoire sont encadrés par des praticiens agréés-maître de stage des universités⁽⁷⁶⁾.

Ce travail va maintenant décrire chacun de ces statuts pour permettre d'objectiver comment sont sélectionnés les principaux acteurs de la formation universitaire de médecine générale. Pour qu'une formation soit efficace, elle se doit d'avoir un encadrement pédagogique de qualité.

a) Maître de stage – Enseignants cliniciens ambulatoires⁽⁷⁶⁾

Les maîtres de stage, dénommés par le CNGE « Enseignants Cliniciens Ambulatoires »(ECA), assurent l'encadrement et l'enseignement sur les lieux de stage ambulatoire, c'est à dire en situation professionnelle de médecine générale.⁽¹⁰⁹⁾

Ils participent ainsi à la formation universitaire de la médecine générale par le biais du stage de médecine ambulatoire de second cycle, puis lors du troisième cycle, par l'intermédiaire des stages de médecine ambulatoire de niveau 1 et 2.

Tout médecin généraliste installé peut être agréé comme maître de stage et encadrer des externes, s'il exerce depuis un an, et des internes, s'il exerce depuis au moins trois ans.

Les maîtres de stage des universités peuvent exercer dans un cabinet libéral, un dispensaire, un service de protection maternelle et infantile, un service de santé scolaire, un centre de santé ou tout autre centre agréé dans lequel des médecins généralistes dispensent des soins primaires, à l'exclusion des services hospitaliers.^{(51) (79)}

Les DUMG assurent leur recrutement et leur prodiguent une formation pédagogique préalable et continue afin d'assurer un encadrement de qualité des stages de médecine ambulatoire.

b) Les chefs de clinique des universités de médecine générale⁽¹⁰⁹⁾

A l'instar des autres spécialités, les chefs de clinique des universités de médecine générale (CCU-MG) exercent un mi-temps universitaire et un mi-temps de soins.

Leurs activités de soins s'effectuent en médecine générale ambulatoire. Leurs activités d'enseignement et de recherche s'exercent au sein du DUMG.

Leurs missions sont de s'investir dans des projets de recherche et d'enseigner aux étudiants du deuxième cycle et aux internes.

Les CCU-MG sont sélectionnés parmi les spécialistes en médecine générale c'est-à-dire des détenteurs d'un DES.

Leur prise de fonction s'effectue pour deux ans, renouvelable deux fois pour un an.

c) Les enseignants associés

Les enseignants associés font partie des personnels enseignants non permanents, c'est à dire non titulaires d'un poste au sein de la faculté.⁽¹⁰⁹⁾

Ce statut a été utilisé pour permettre aux enseignants de médecine générale, dont le travail était essentiel pour structurer le 3ème cycle de médecine générale, d'avoir un poste et une rémunération universitaires.

Il existe des professeurs associés (PA) et des maîtres de conférences associés (MCA).

Ces enseignants exercent leur fonction à mi-temps universitaire.

Leur nomination est de trois ans, renouvelable sans pouvoir excéder six ans au total.

Pour être recrutés comme Maître de conférence Associé des universités, les médecins généralistes doivent en outre avoir assuré, pendant au moins trois ans, des tâches de chargé d'enseignement. ⁽⁴⁸⁾

Pour être recrutés comme Professeur Associé des universités à mi-temps, ils doivent justifier de trois années de fonctions en qualité de MCA des universités à mi-temps. ⁽⁴⁸⁾

d) Chargés d'enseignement

Le trop faible nombre d'enseignants face à l'ampleur de la charge de travail pour assurer l'ensemble des formations nécessite l'emploi d'enseignants vacataires. ⁽¹⁰⁹⁾

Certains enseignants de médecine générale ont pu, pour pallier à ce manque, bénéficier des titres de "chargé d'enseignement", accordés par le doyen après une décision du Conseil de l'UFR local.

e) Enseignants Titulaires

Les maîtres de conférences des universités (MCU-MG) et professeurs des universités (PU- MG), relèvent de la loi du 8 février 2008. Ils ont une activité de soins ambulatoires et sont nommés par décret.

Ils forment un nouveau corps d'enseignants puisqu'ils ne relèvent pas des fonctions et des statuts hospitalo-universitaires.

(1) Les maîtres de conférences universitaires de médecine générale

Les MCU-MG sont des fonctionnaires titulaires nommés dans un établissement public d'enseignement supérieur et de recherche. L'accès au poste de MCU-MG se fait sur concours.

Il est nécessaire de remplir certaines conditions afin d'avoir accès à ce concours ⁽¹⁰⁹⁾

- Être titulaire du doctorat;
- Avoir exercé pendant au moins deux ans soit des fonctions de CCU-MG, soit des fonctions de chef de clinique associé des universités dans la discipline médecine générale, soit des fonctions de MCA à mi-temps de médecine générale ;
- Exercer une activité de soins en médecine générale et ambulatoire.

(2) Les professeurs universitaires de médecine générale

Les PU-MG sont des fonctionnaires titulaires nommés sur un emploi dans un établissement public d'enseignement supérieur et de recherche. Les PU-MG sont également recrutés par concours.

Les conditions requises pour se présenter à ce concours sont ⁽¹⁰⁹⁾ :

- Être titulaires de l'habilitation à diriger des recherches
- Avoir exercé pendant au moins deux ans soit des fonctions de MCU-MG en position d'activité, soit des fonctions de MCA à mi-temps de médecine générale, soit des fonctions de PA à mi-temps de médecine générale ;

- Exercer une activité de soins en médecine générale et ambulatoire.

f) La filière universitaire de médecine générale

Les chefs de cliniques universitaires, les maîtres de conférences universitaires et les professeurs universitaires de médecine générale forment la filière universitaire de médecine générale. Celle-ci se met lentement en place comme ce travail l'a précisé lors de la réalisation de l'historique de la médecine générale.

F. Synthèse :

Lors de cette partie, a pu être mis en lumière la complexité de mettre en place une formation initiale répondant à l'ensemble des mesures et des objectifs issus des textes réglementaires.

Ces arrêtés ne laissent au final que peu d'espace pour « l'originalité », leur but étant d'assurer une formation de qualité similaire à l'ensemble des étudiants en France.

Cette étude de la réglementation de la formation médicale initiale a permis de constater que les deux premiers cycles sont très réglementés. Le troisième cycle l'étant moins, il est possible à chaque université de mettre en place des modalités pédagogiques plus ouvertes.

Ceci explique, en partie, la possibilité de mise en place de principes pédagogiques orientés vers l'apprentissage en troisième cycle de médecine générale. Alors que les deux premiers cycles laissent une place importante aux pédagogies centrées sur l'enseignement par rapport à celle centrée sur l'apprentissage.

La formation médicale initiale d'un futur spécialiste en médecine générale à Brest en 2014.

Cette seconde partie visera à détailler les choix pédagogiques réalisés au sein de l'université de Brest afin de mettre en place une formation médicale initiale de la médecine générale respectant les contraintes réglementaires et recouvrant l'ensemble des caractéristiques de la spécialité.

Cette étude va reprendre l'ensemble du cursus universitaire d'un spécialiste en médecine générale en spécifiant les particularités de la formation au sein de l'université de Brest ainsi que les modifications survenues depuis la formation initiale des médecins interrogés dans le cadre de ce travail. Ceci permettra alors de mieux comprendre les réflexions qu'ils ont pu faire sur leur formation médicale initiale.

Comme cela a déjà été vu dans ce travail, l'architecture ainsi que le nom des deux premiers cycles viennent d'être modifiés récemment. Pour plus de clarté, cette analyse reprendra la trame de l'organisation actuelle.

« Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens. Tu m'impliques, j'apprends. »

Benjamin Franklin

I. Organisation générale

Actuellement en France, la formation médicale dure neuf ans. Cette formation est divisée en trois cycles : le DFGSM, le DFASM et l'internat.

Un concours a lieu en fin de première année et un autre en fin de sixième année.

L'architecture des deux premiers cycles a été modifiée il y a peu de temps expliquant que les interrogés ne décrivent pas leur formation médicale initiale selon la trame actuelle. Pour les médecins interrogés dans cette étude, la formation durait également neuf ans. Il existait également trois cycles et deux concours en première et sixième année. La principale différence au niveau de la trame globale de la formation était la répartition des années selon les différents cycles.

Ainsi, pour les interrogés, le premier cycle, s'appelait PCEM pour Premier Cycle d'Etude de Médecine. Il comportait deux ans seulement, au lieu de trois années actuellement. Le second cycle s'appelait quant à lui le DCEM (Deuxième Cycle d'Etude de Médecine). Il durait quatre ans, soit un an de plus que le second cycle actuel.

Cette différence d'organisation des différentes années de la formation médicale initiale, avec le schéma actuellement mis en place, est moins nette au niveau réglementaire. En effet, les arrêtés du 18 mars 1992⁽⁸⁰⁾ et du 10 octobre 2000⁽⁸¹⁾ rattachaient le programme de la troisième année au

premier cycle alors que celle-ci était la première année du second. Au niveau de la définition réglementaire des programmes, il y avait alors deux « phases » de trois ans ce qui est similaire à l'organisation actuelle bien que le découpage des cycles était différent.

II. Le premier cycle de médecine à Brest : DFGSM

Ce premier cycle de trois ans vise à couvrir l'ensemble du programme défini par l'arrêté du 28 octobre 2009⁽⁶⁵⁾ et par l'arrêté du 22 mars 2011⁽⁷³⁾ détaillés plus tôt dans ce travail.

A. La première année : PACES

1. Organisation générale

A Brest, la Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES) permet l'accès aux études médicales, odontologiques, pharmaceutique, de sage-femme et de kinésithérapie.⁽⁸²⁾

L'enseignement est organisé en deux semestres, comprenant chacun les Unités d'Enseignements suivantes :

Premier semestre

UE1 : Atomes - biomolécules - génome - bioénergétique - métabolisme. (BIOCHIMIE)

UE2 : La cellule et les tissus. (BIOLOGIE)

UE3.a : Organisation des appareils et systèmes : Aspects fonctionnels et méthodes d'études. (BIOPHYSIQUE)

UE4 : Evaluation des méthodes d'analyse appliquées aux sciences de la vie et de la santé. (BIostatistiques)

Second semestre

UE3.b : Organisation des appareils et systèmes : Aspects fonctionnels et méthodes d'études.

UE5 : Organisation des appareils et systèmes : Aspects morphologiques et fonctionnels.

UE6 : Initiation à la connaissance du médicament.

UE7 : Santé, société, humanité est constitué des items suivants :

- *Histoire et philosophie de la santé, des soins et des sciences,*
- *Relation soignants - soignés,*
- *Morale, éthique, déontologie, droit et santé,*
- *Santé publique,*
- *Contraction de texte.*

Associé à l'Unité d'Enseignement spécifique de la filière choisie⁽⁸³⁾

Les sujets abordés par les Unités d'enseignements communes à l'ensemble des filières sont définis par l'arrêté du 28 octobre 2009⁽⁶⁵⁾ détaillé plus tôt.

L'unité d'enseignement spécifique de la filière médecine comprend des enseignements sur les sujets suivants:

- Anatomie tête et cou
- Anatomie du petit bassin chez la femme
- Méthodes d'étude et d'analyse du génome
- Anatomie et histologie de l'appareil reproducteur et du sein /Organogenèse, Tératogenèse

2. Organisation des enseignements

Les enseignements se déroulent principalement sous forme de cours magistraux en amphithéâtre. Quelques enseignements sont réalisés sous forme de travaux dirigés en groupes réduits.

A Brest, les étudiants de PACES peuvent avoir accès à un tutorat⁽⁸⁴⁾ réalisés par des étudiants ayant réussi le concours les années précédentes. Il s'agit de séances d'aide à l'acquisition des connaissances ainsi qu'à la méthodologie des épreuves du concours. Celles-ci se déroulent en groupe de vingt à vingt-cinq étudiants.

3. Organisation du contrôle des connaissances

Le contrôle des connaissances s'effectue à la fin de chaque semestre, sous forme de Questions à Choix Multiples (QCM) pour chaque « Unités d'enseignements »(UE). Seule, l'UE7 à l'obligation d'organiser des épreuves sous forme rédactionnelle.

Ce contrôle de connaissances permet d'établir un classement en fin de premier semestre permettant aux étudiants de choisir une filière pour la suite de l'année.

Le contrôle de connaissances de fin de second semestre permet d'établir un classement pour chacune des cinq filières disponibles au concours.

4. Validation de la PACES

Pour être admis à continuer leurs études au terme de la PACES, les étudiants doivent être classés en rang utile lors du concours de la filière qu'ils ont choisi en début de second semestre.

En 2014, à Brest, le numerus clausus pour la filière médecine était de 171 places pour 678 inscrits.⁽⁸²⁾

B. Le stage d'initiation aux soins

A Brest, ce stage prend la forme d'un stage d'initiation aux soins infirmiers dont la durée est de quatre semaines. Il se déroule pendant la période estivale entre la fin de la PACES et le début de la seconde année.

Ce stage se décompose en une semaine d'enseignements théoriques et en trois semaines de pratique dans les établissements de la subdivision de Brest. Le lieu de réalisation de ce stage est choisi par les étudiants en fonction de leur classement au concours de PACES.⁽⁸²⁾

C. La seconde année : DFGSM.2

L'accès à la deuxième année du Diplôme de formation générale en sciences médicales est soumis à la réussite au concours de la filière médecine dans le cadre de la PACES.

1. Formation théorique

Cette formation répond au programme défini par l'arrêté du 22 mars 2011⁽⁷³⁾.

A Brest, cette année est divisée en deux semestres, au cours desquels sont enseignées les matières suivantes :

Troisième semestre

UE.1a - Bases moléculaires et cellulaires des pathologies et l'UE.1b Bio-pathologie tissulaire,

UE.2 - Bases moléculaires cellulaires et tissulaires des traitements médicamenteux,

UE.3 - Sémiologie générale,

UE.4 - Génétique médicale,

UE.5 - Hormonologie - reproduction,

UE.6a - Tissu sanguin et système immunitaire bases générales et UE.6b tissu sanguin,

UE.7 - Biomédecine quantitative épidémiologie statistiques LCA,

UE.8 - Au choix

Quatrième semestre

UE.9 - Santé, Société, Humanité,

UE.10 - Anglais,

UE.11 - Appareil digestif.

UE.12 – Immuno-pathologie ; immuno-intervention,

UE.13 - Nutrition,

UE.14 - Revêtement cutané,

UE.15 – Au choix

Les UE - n°8 et n°15 sont laissées au choix des étudiants, à raison d'une par semestre. Le choix se fait parmi les UE suivantes : Physiologie de l'adaptation : activité physique, Cytogénétique, Epistémologie, Epidémiologie, Socio-Anthropologie, Introduction à la psychologie, Méthode en épidémiologie, Bases de l'imagerie médicale, Bases mathématiques et statistiques, Tutorat en PACES, UE Master 1 Biologie-Santé et UE Master 1 Prévention et Décisions en Santé spécialité, Ethique, soin et santé⁽⁸³⁾

Ces enseignements se font principalement sous la forme de cours magistraux en amphithéâtre auxquels s'ajoutent des cours en groupes plus restreint en fonction des unités d'enseignements.

2. Formation pratique

a) Formation aux gestes et soins d'urgence

Durant cette seconde année, les étudiants reçoivent une formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau 1.⁽⁸⁵⁾

b) Initiation aux fonctions hospitalières

A Brest, les étudiants accomplissent durant l'année un équivalent de deux cent heures de stages cliniques d'initiation aux fonctions hospitalières. Ces deux cent heures de stages sont organisées au sein du Centre de Simulation pour l'apprentissage des sciences de la santé (CESIM)⁽⁸⁵⁾. Ce stage s'articule autour :

- d'une formation à la sémiologie via un outil Internet multimédia,
- d'une formation pratique à la sémiologie sous forme d'atelier encadré par un tuteur.

c) Formation à l'activité physique et sportive en pratique médicale

Sur la base de directives nationales, des activités physiques et sportives en pratique médicale ont été mises en place dès l'année universitaire 2012-13 en deuxième année de DFGSM.⁽⁸⁵⁾

d) Formation à la maîtrise des outils informatiques

Durant le DFGSM 2, un apprentissage à la maîtrise des outils informatiques est organisé ⁽⁸⁵⁾ comme défini par l'article 4 de l'arrêté du 22 mars 2011 ⁽⁷³⁾. Cet enseignement obligatoire se déroule en groupe de taille réduite.

3. Contrôle des connaissances⁽⁸⁵⁾

a) Généralités

Les aptitudes et l'acquisition des connaissances sont vérifiées chaque semestre. Les modalités d'évaluation varient en fonction des unités d'enseignement.

Les épreuves de contrôle des connaissances écrites sont notées de 0 à 20. Les notes inférieures à 6 sont éliminatoires. Une UE est définitivement acquise lorsque la note obtenue est supérieure ou égale à 10/20.

b) Validation de l'initiation aux fonctions hospitalières

La validation des stages est prononcée par le Directeur de l'unité de formation et de recherche (UFR) médicale sur avis du responsable pédagogique de l'étudiant lors de chacun des stages.

4. Conditions de validation du DFGSM 2 ⁽⁸⁵⁾:

Pour valider son DFGSM2, l'étudiant doit avoir validé :

- l'ensemble des unités d'enseignements du semestre 3 et du semestre 4,
- le stage d'initiation aux fonctions hospitalières réalisé dans le cadre du CESIM,
- la Formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau 1,
- la formation de l'apprentissage de l'outil informatique.

D. La troisième année : DFGSM.3

L'accès à la troisième année du DFGSM est soumis à la validation de la deuxième année du DFGSM.

1. Formation théorique

L'année est divisée en deux semestres, au cours desquels sont enseignées les matières suivantes ⁽⁸³⁾:

Cinquième semestre

UE.16 - Santé, Société, Humanité,

UE.17 - Anglais,

UE.18 - Appareil locomoteur,

UE.19 - Agents infectieux, hygiène : aspects généraux,

UE.20 - Systèmes neurosensoriel et psychiatrie,

UE. 21 – Au choix ou UE recherche

Sixième semestre

UE.22 - Santé, Société, Humanité,

UE.23 - Appareil respiratoire,

UE.24 - Reins et voies urinaires,

UE.25 - Système cardiovasculaire,

UE.26 - LCA.

UE.27 – Au choix ou UE recherche

Ces enseignements se font principalement sous la forme de cours magistraux en amphithéâtre auxquels s'ajoutent des cours en groupe plus restreint en fonction des unités d'enseignements.

2. Formation pratique

Durant cette année, les étudiants accomplissent l'équivalent de deux cent heures de stage pratique en sémiologie sous la forme de stages au sein de services du CHU de Brest.⁽⁸⁶⁾

3. Contrôle des connaissances⁽⁸⁶⁾

Les aptitudes et l'acquisition des connaissances sont vérifiées chaque semestre. Les modalités d'évaluation varient en fonction des unités d'enseignement.

Les épreuves de contrôle des connaissances écrites sont notées de 0 à 20. Les notes inférieures à 6 sont éliminatoires. Une UE est définitivement acquise lorsque la note obtenue est supérieure ou égale à 10/20.

4. Conditions de validation du DFGSM 3⁽⁸⁶⁾

Pour valider sa troisième année, l'étudiant doit avoir validé :

- les unités d'enseignements du cinquième et du sixième semestre,
- les stages pratiques de sémiologie

E. Modifications du cursus depuis la formation médicale initiale des interrogés.

1. Généralités

Comme il a déjà été vu plus tôt dans ce travail, pour les médecins interrogés pour cette recherche, ces trois premières années faisaient partie de deux cycles différents.

Le Premier Cycle d'Etude de Médecine (PCEM) et la première année du Deuxième Cycle d'Etude de Médecine (DCEM 1) étaient alors organisées selon l'arrêté du 18 mars 1992⁽⁸⁰⁾ dont les enseignements devaient porter sur⁽⁸⁰⁾ :

- la physique, la biophysique et le traitement de l'image ;
 - la chimie, la biochimie, la biologie cellulaire et moléculaire ;
 - l'anatomie, l'embryologie, la biologie du développement et de la reproduction ;
 - la cytologie, l'histologie et l'anatomie pathologique ;
 - la bactériologie, la virologie et la parasitologie ;
 - l'hématologie, l'immunologie et l'oncologie fondamentales ;
 - la génétique et les biotechnologies ;
 - la physiologie et la nutrition ;
 - la pharmacologie et les grandes classes de médicaments ;
 - l'épidémiologie et les bio-statistiques ;
 - la sémiologie clinique, biologique et la sémiologie des techniques d'imagerie médicale ;
 - les techniques de premier secours ;
 - la démographie, l'économie de la santé et l'organisation des systèmes de santé.
- L'enseignement doit également porter sur les langues étrangères, l'épistémologie, la psychologie, l'éthique médicale et la déontologie.

Bien que ce programme soit moins détaillé que celui de l'arrêté réglementant le DFGSM, il existe de nombreuses similitudes dans les thèmes abordés. Les réflexions des médecins interrogés dans ce travail pourront ainsi être recevables quant à la critique du premier cycle d'étude.

2. Première année

Cette année s'appelait PCEM1 ou « P1 » pour les interrogés de cette étude.

Le concours organisé lors de cette première année s'effectuait également en deux parties et selon les mêmes modalités pratiques, c'est-à-dire par l'utilisation majoritairement de QCM associés à une épreuve rédactionnelle.

Cette première année ne permettait alors l'accès qu'à trois filières médicales par le biais d'un concours commun annuel.

La note, obtenue sur l'ensemble des épreuves réalisées au cours de l'année permettait d'établir un classement de l'ensemble des étudiants. A partir de celui-ci, les étudiants choisissaient, en fonction de leur rang de classement, la filière dans laquelle ils souhaitaient poursuivre leurs études. Ils avaient alors le choix entre les études de médecine, d'odontologie et de sage-femme.

Contrairement aux étudiants actuels, les médecins interrogés n'ont pas pu bénéficier d'un tutorat lors de leur première année, celui-ci n'avait pas encore été mis en place.

3. Le stage d'initiation aux soins

L'organisation de ce stage ne semble pas avoir changé depuis la formation médicale initiale des médecins interrogés dans la cadre de cette étude.

4. Deuxième année

Cette année s'appelait PCEM2 pour les médecins interrogés dans ce travail.

La formation théorique ainsi que le contrôle des connaissances s'y rattachant sont quasiment restés inchangés. Une différence notable au niveau de ces enseignements théoriques est l'apparition de cours de lecture critique d'article (LCA) médicaux en seconde année. Ceux-ci se rencontraient plus tardivement lors du cursus des interviewés de cette étude.

La formation pratique quant à elle ne s'effectuait pas dans le cadre du CESIM. Elle avait lieu dans des services du CHU de Brest. A l'époque de la formation des médecins interrogés dans cette étude, il n'y avait pas de formation informatique ou d'apprentissage des pratiques sportives.

5. Troisième année

La troisième année n'a que peu changé par rapport à celle effectuée par les médecins ayant participé à cette étude. La principale modification est le rattachement de cette troisième année au premier cycle alors que, pour eux, elle était la première année du second cycle : DCEM1.

La formation pratique et théorique ainsi que l'évaluation des acquis n'ont pratiquement pas changé par rapport à celle des médecins ayant répondu à cette enquête.

III. Le second cycle d'études de médecine à Brest : DFASM

Ce cycle dure trois ans. Actuellement, le programme des deux premières années de ce cycle est défini par l'arrêté du 8 avril 2013⁽⁶⁷⁾. Celui de la troisième année sera encore pour un an défini selon les objectifs de l'ancien système de l'ECN défini par l'arrêté du 2 mai 2007.⁽⁸⁷⁾

Au terme de l'année universitaire 2014-2015, seul l'arrêté du 8 avril 2013⁽⁶⁷⁾ définira les objectifs de ce second cycle.

A. Première année du second cycle : DFSAM1

1. Organisation de la formation⁽⁸²⁾

A partir de la première année du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales, l'enseignement à Brest se déroule en alternance. La formation pratique correspond à la formation théorique abordée en groupe de petite taille. Cette formation théorique se déroule sous la forme de cas cliniques visant à renforcer l'apprentissage des différents items de l'ECN que les étudiants ont préalablement travaillés.

La première année du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales comporte un tronc commun d'unités d'enseignement (UE) organisé en deux Pôles d'Enseignements et de Stages (PES) défini comme ceci :

PES 1

UE.1 – Cardiologie

UE.2 – Pneumologie / Médecine du travail

UE.3 – Gériatrie

UE.4 – Néphrologie

UE.5 – Urologie

UE.6 – Médecine légale

PES 2

UE.7 – Psychiatrie

UE.8 – Neurologie

UE.9 – Maladies infectieuses

UE.10 – Orthopédie

UE.11 – Rhumatologie / Médecine physique et de réadaptation

Ce tronc commun d'enseignement théorique comporte également un regroupement d'unités d'enseignements abordant la Lecture Critique d'Articles médicaux(LCA), le Raisonnement Clinique, la Relation médecin-malade et l'anglais.

A ce tronc commun s'associe une obligation de réaliser des unités d'enseignement optionnelles permettant à l'étudiant d'établir son parcours personnalisé dans la liste des UE(s) et options proposées par la faculté de médecine de Brest.

Comme cela a été dit plus tôt, cette formation théorique se déroule en alternance avec la formation pratique qui se déroule lors de stages et de gardes effectués dans les services du CHU de Brest, de l'HIA Clermont-Tonnerre, de l'hôpital de Quimper.

Les étudiants sont affectés par demi-promotion dans chaque pôle d'enseignements et de stage par semestre. Le programme de chaque PES est constitué d'un certain nombre des items du programme défini au Bulletin Officiel n°20 du 16 mai 2013. ⁽⁶⁷⁾

Durant cette année, les étudiants doivent suivre une formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau 2

2. Modalités du contrôle des connaissances⁽⁸⁸⁾

Le contrôle des connaissances, lors de la première année du DFASM, se fait en fin de chaque semestre et porte sur les enseignements délivrés lors du PES réalisés. Il prend principalement la forme d'un examen écrit portant sur des cas cliniques spécifiques de la spécialité évaluée.

Les épreuves de contrôle des connaissances écrites sont notées de 0 à 20. Les notes inférieures à 6 sont éliminatoires. Une UE est définitivement acquise lorsque la note obtenue est supérieure ou égale à 10/20.

3. Validation de la première année du DFASM

Pour valider la première année du DFASM, l'étudiant doit avoir validé ⁽⁸⁸⁾:

- L'ensemble des UE(s) des PES 1 et PES 2
- les UE portant sur le raisonnement clinique et l'anglais
- les deux enseignements optionnels,
- les stages pratiques et les gardes
- la formation aux gestes et soins de premier secours de niveau 2.

Et avoir suivi les UE portant sur la lecture critique d'article et la relation médecin-malade ⁽⁸⁸⁾

B. Deuxième année du second cycle : DFASM2

1. Organisation de la formation⁽⁸⁹⁾

La seconde année de ce cycle répond à la même organisation que la première. Elle aborde également un tronc commun regroupé sous forme de Pôles d'Enseignements et de Stages semestriels.

Les étudiants sont affectés par moitié et par semestre dans chaque pôle. Le programme de chaque PES est constitué d'un certain nombre des items du programme défini par l'arrêté du 8 avril 2013. ⁽⁶⁷⁾

Dans le PES.3, sont enseignés des items du programme relatifs à :

- l'hématologie,
- la cancérologie
- la nutrition,
- la dermatologie,
- l'endocrinologie,
- l'hépatogastro-entérologie
- la chirurgie digestive.

Dans le PES.4, sont enseignés des items du programme relatifs à :

- la gynécologie médicale
- la gynécologie obstétrique
- la pédiatrie, la chirurgie pédiatrique et la génétique médicale
- la pédopsychiatrie,
- l'oto-rhino-laryngologie, ⁽⁸⁹⁾

A ces enseignements regroupés sous forme de PES, s'ajoutent là encore des unités d'enseignements optionnelles que l'étudiant peut choisir pour établir un parcours personnalisé.

La formation s'articule, là aussi, autour d'une alternance entre enseignements théoriques et pratiques. L'enseignement pratique se réalise sous forme de stages et de gardes dans les services du CHU de Brest, de l'Hôpital d'Instruction des Armées et de l'hôpital de Quimper. ⁽⁸⁹⁾

2. Modalités du contrôle des connaissances⁽⁸⁹⁾

Le contrôle des connaissances est semblable à celui mis en place lors de la première année du DFASM.

3. Validation de la seconde année du DFASM

Pour valider sa deuxième année du DFASM, l'étudiant doit avoir validé⁽⁸⁹⁾ :

- L'ensemble des enseignements théoriques de chacun des deux Pôles d'enseignements
- L'ensemble des stages des PES de l'année.
- L'examen de lecture critique
- Les deux enseignements optionnels

C. La troisième année du second cycle

Cette année est la dernière trace de l'ancien mode de cursus du second cycle qui comportait quatre ans. A la rentrée 2015, cette année disparaîtra pour être remplacée par la troisième année du DFASM.

La spécificité actuelle de cette année est qu'elle n'est pas encore régie par l'arrêté du 8 avril 2013⁽⁶⁷⁾. Elle tient toujours son organisation de la précédente réglementation.

1. Organisation de la formation⁽⁹⁰⁾

Au cours du DCEM 4, à Brest, les enseignements théoriques se déroulent uniquement au premier semestre.

Le programme du PES 5 est constitué d'un certain nombre d'items du programme défini par l'arrêté du 10 Octobre 2000. Il comprend le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT), le Séminaire de Médecine d'Urgence et l'Ophtalmologie.

A ces enseignements théoriques, sont associés des stages pratiques et des gardes effectués dans les services du CHU de Brest, de l'HIA de Brest et l'hôpital de Quimper.

Lors de cette dernière année de second cycle, les étudiants doivent également réaliser un stage auprès d'un médecin généraliste.

2. Modalités du contrôle des connaissances⁽⁹⁰⁾

Les enseignements obligatoires font l'objet d'un examen terminal écrit en fin de premier semestre. Ce contrôle des connaissances prend la forme d'un examen écrit portant sur des cas cliniques spécifiques de la spécialité évaluée.

Les épreuves de contrôle des connaissances écrites sont notées de 0 à 20. Les notes inférieures à 6 sont éliminatoires. Une UE est définitivement acquise lorsque la note obtenue est supérieure ou égale à 10/20.

Le certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT) répond à des modalités de contrôle de connaissances spécifiques. Il comporte une épreuve théorique et une épreuve d'examen clinique.

L'épreuve théorique consiste en une épreuve écrite portant sur l'ensemble des thèmes abordés lors des cours de CSCT et comporte trois dossiers cliniques notés sur 20.

L'épreuve de mise en situation clinique est notée sur 20. L'étudiant doit examiner un patient et faire la synthèse diagnostique et thérapeutique du dossier.

Pour valider son CSCT, le candidat doit avoir participé aux épreuves théoriques et cliniques et avoir obtenu une note moyenne, au moins égale à 40 sur 80 à l'ensemble des épreuves. ⁽⁹⁰⁾

3. Validation de l'année⁽⁹⁰⁾

Pour valider la dernière année de son second cycle, l'étudiant doit valider l'ensemble des enseignements et stages constituant le cinquième pôle d'enseignement et de stages.

D. Validation du second cycle

Pour valider son deuxième cycle d'études médicales, l'étudiant doit avoir validé⁽⁹⁰⁾ :

- l'ensemble des unités d'enseignements théoriques obligatoires
- les unités d'enseignements optionnels
- le certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT)
- l'ensemble de ses stages hospitaliers
- trente-six gardes
- le stage auprès du médecin généraliste

E. Modifications du cursus depuis la formation médicale initiale des interrogés.

Il n'y a quasiment pas eu de modifications au niveau de l'organisation, de la répartition des différents enseignements ou au niveau du contrôle des connaissances par rapport au cursus réalisé par les médecins interrogés lors de cette étude. Il existe uniquement trois modifications significatives.

La première modification est la mise en place d'un stage de médecine ambulatoire de la même durée que ceux réalisés en milieu hospitalier. Ce stage ayant été instauré après le passage des médecins interrogés pour ce travail, ils n'ont pas pu en bénéficier.

La seconde est la mise en place de stages hospitaliers se déroulant en dehors du CHU.

La troisième différence significative se situe au niveau du programme de ce second cycle. Le programme actuel du DFASM est régi par l'arrêté du 8 avril 2013. Ce programme est composé d'un tronc commun comprenant 13 unités d'enseignements (UE) dont 11 unités d'enseignement transdisciplinaires regroupant 362 items qui seront à la base des questions des ECN informatisés à partir de 2016.

Les médecins interrogés ont quant à eux passés l'ECN sur un programme antérieur. L'enseignement théorique et pratique de leur second cycle était construit selon cet ancien programme, défini par l'arrêté du 4 mars 1997⁽⁵⁴⁾, qui était formé de :

- onze modules transdisciplinaires regroupant 219 items,
- d'une partie traitant des maladies et grands syndromes regroupant 71 items
- d'une partie traitant d'orientation diagnostique regroupant 55 items.

La modification de ce programme vers un mode uniquement transdisciplinaire peut faire penser que l'enseignement de second cycle défini par l'arrêté du 4 mars 1997 était trop morcelé. La nouvelle version du programme de DFASM constitue ainsi une avancée en termes d'efficacité par sa vision transdisciplinaire.

IV. Le troisième cycle d'études de médecine générale à Brest

Ce cycle n'a subi que peu de modifications depuis la fin de la formation médicale initiale des médecins interrogés lors de cette recherche. Ce troisième cycle comprend une formation théorique et une formation pratique.

A. La formation théorique du troisième cycle de médecine générale à Brest

1. Organisation de la formation théorique⁽⁹¹⁾

L'enseignement théorique lors du troisième cycle de médecine générale comporte 200 heures d'enseignement.

A Brest, celui-ci est organisé autour de trois axes :

- Un enseignement centré sur l'apprentissage de la méthode de recherche en médecine générale.
- Un enseignement théorique axé sur la pratique de la médecine générale,
- Un enseignement centré sur l'étudiant et son expérience issue des stages. Cet enseignement est réalisé dans le cadre d'un tutorat et est retracé sous forme de Récits de Situation Clinique Authentique qui sont regroupés dans un portfolio.

2. Les crédits d'heure de Formation (CHF)⁽⁹¹⁾

a) Généralités

Depuis 2008, la formation théorique du DES de médecine générale à Brest s'articule autour de Crédit d'Heures de Formation (CHF). Cette réforme de l'organisation théorique des enseignements du troisième cycle est l'aboutissement d'un travail commun du syndicat des internes de médecine générale brestois, MIG29, et du Département Universitaire de Médecine Générale.

Un CHF équivaut à une heure de formation réalisée lors d'enseignements théoriques obligatoires universitaires. Il peut aussi être acquis suite à des enseignements universitaires optionnels ou à des formations extra-universitaires.

L'objectif de cette réforme était de répondre aux attentes des internes en leur proposant une formation théorique de troisième cycle plus variée, modulable, interactive.

Grâce à ce nouveau système, les internes bénéficient d'une formation « à la carte » sur laquelle ils peuvent influencer en fonction de leurs préférences, de leurs objectifs propres. Ils sont ainsi acteurs de leur formation médicale initiale.

La formation théorique du troisième cycle a pour objectif d'acquérir 200 CHF.

b) Enseignements et formations validant des CHF⁽⁹¹⁾

Les enseignements théoriques centrés sur l'étudiant réalisés dans le cadre du tutorat de troisième cycle et regroupés dans le portfolio des étudiants permettent l'acquisition de 50 CHF.

Il reste ainsi aux internes 150 CHF à acquérir durant leur troisième cycle. Il existe de nombreuses possibilités de valider des Crédits d'Heure de Formation⁽⁹¹⁾ :

Les enseignements théoriques collectifs permettant l'acquisition de CHF sont :

Les séminaires de formation organisés durant le troisième cycle de médecine

- Un séminaire de DES réalisé en tant que « participant » valide 8 CHF.
- Un séminaire de DES réalisé en tant qu' « animateur » valide 8 CHF se rajoutant aux précédents.
- Un séminaire de DES réalisé en tant que « coordinateur » valide 16 CHF se rajoutant aux précédents.

Les sessions de Formation Médicale Continue (FMC)

- Une journée de FMC valide 8 CHF
- Une soirée de FMC valide 4 CHF

Les autres modes d'acquisition de CHF sont :

- La participation à une journée de congrès qui valide 8 CHF
- La rédaction d'un article qui valide 32 CHF
- La présentation orale ou écrite d'un poster qui valide 16 CHF
- La présentation par un interne d'un travail sur le lieu de stage qui valide 4 CHF
- L'implication dans un syndicat représentant les internes de médecine générale, valide 4 CHF par soirée et 8 CHF par journée.
- Les tests de lecture de la revue « Prescrire » ou de la revue « exercer » qui valident 16 CHF

3. L'enseignement théorique centré sur la recherche en médecine générale

a) Les séminaires universitaires obligatoires⁽⁹¹⁾

Ces séminaires sont au nombre de trois. Ils valident 8 CHF chacun. Les séminaires obligatoires permettent au total l'acquisition de 24 CHF sur les 200 nécessaires à l'ensemble des étudiants.

Leur objectif est d'aider l'étudiant à savoir développer une hypothèse et une question de recherche, puis à développer une recherche bibliographique et une lecture critique. Ces séminaires permettent aux internes de connaître les méthodes appliquées en recherche clinique, ainsi que de savoir développer des processus permettant la rédaction d'un travail de recherche.

b) Les groupes de recherche.

Ces journées de séminaires obligatoires peuvent être complétées par la participation à des groupes de recherche. Chaque réunion du groupe permet alors l'acquisition de 2 CHF.

L'objectif de ces groupes est de permettre aux étudiants par un travail collaboratif entre pairs, guidé par un membre du DUMG, de produire des travaux de recherche. Ces groupes de recherche permettent notamment aux internes d'avancer sur leur travail de thèse.

4. L'enseignement théorique axé sur la pratique de la médecine générale.

Cet enseignement professionnalisant regroupe les séminaires de formation optionnels réalisés par le DUMG ainsi que des enseignements extra-universitaires réalisés dans le cadre de la formation médicale continue (FMC).

a) Les séminaires universitaires facultatifs⁽⁹¹⁾

Ces enseignements abordent des problèmes à forte prévalence en soins primaires. Ils sont organisés autour de cas cliniques sur lesquels les étudiants réalisent une réflexion entre pairs à partir d'une approche utilisant les compétences du médecin généraliste.

Ces séminaires sont encadrés par un membre du DUMG associé à un ou plusieurs intervenants ou experts. Les étudiants peuvent prendre une part active dans l'organisation de ces séminaires en les coordonnant ou participant à leur animation. Cette implication leur permet ainsi d'acquérir des CHF.

La participation des étudiants leur rapporte 8 CHF par séminaires.

Pour l'année universitaire 2014-2015, ces séminaires aborderont les thèmes suivants⁽⁹²⁾ :

- Education thérapeutique et motivation du patient
- Prise en charge du nourrisson et de l'enfant
- Médecin généraliste et justice
- Prise en charge psychologique – suivi d'un patient dépressif
- Psychothérapie et médecine générale
- Accident de travail, maladie professionnelle, invalidité
- Urgences en médecine générale
- Actes techniques en médecine générale et prise en charge des plaies

- Homéopathie, ostéopathie, acupuncture
- Contraception
- L'installation en médecine générale
- Gériatrie
- Endocrinologie en médecine générale
- Communication autour de l'arrêt de travail (apprendre à dire non)
- Communication en médecine générale
- Prévention et lien ADEC/MG
- Conduites addictives et dépendance

b) Les formations extra-universitaires⁽⁹¹⁾

Certaines formations extra-universitaires organisées par des organismes de Formation Médicale Continue permettent d'améliorer cet enseignement théorique professionnalisant.

On peut citer les formations du Collège des Hautes Etudes Médicales (CHEM). Le CHEM permet aux internes de médecine générale d'accéder à des formations médicales continues et ainsi d'acquérir, au contact de professionnels en exercice, des connaissances théoriques orientées vers la pratique.

Ces formations extra-universitaires permettent de plus aux internes de médecine générale de valider des CHF comme cela a été vu plus tôt.

D'autres formations extra universitaires peuvent intervenir dans cet enseignement théorique orienté vers la pratique. Il est ainsi possible de citer les formations hospitalières, la participation à des groupes qualité. Ces formations extra universitaires issues d'organismes non agréés pour la FMC ne permettent pas la validation de CHF par l'interne.

5. L'enseignement théorique centré sur les apprentissages de l'interne.

a) Le tutorat de troisième cycle⁽⁹¹⁾

A Brest, l'enseignement théorique centré sur la pratique de l'interne se fait par le biais d'un tutorat. Celui-ci a pour but d'évaluer et de guider l'interne dans l'acquisition des compétences de médecine générale tout au long de son DES.

A son entrée en troisième cycle, chaque étudiant se voit attribuer un tuteur qui le suivra sur l'ensemble de son troisième cycle.

Ce tuteur est un médecin généraliste exerçant une activité ambulatoire. Il a reçu une formation de la part de DUMG, lui permettant ainsi de servir de guide à la formation clinique de l'étudiant. Il s'assure de l'évolution des connaissances et compétences des internes dont il a la charge en suivant les traces d'apprentissages retranscrits par ceux-ci dans leurs Récits de Situations Complexes Authentiques (RSCA). En aidant les internes à réaliser une vision rétrospective sur leurs actions, les tuteurs participent au développement de la remise en question et accompagnent ainsi les étudiants dans leurs acquisitions.

En repérant les difficultés auxquelles sont confrontés les internes dont ils s'occupent, les tuteurs de médecine générale tentent de guider les étudiants dans leur recherche de solution.

Les tuteurs ont également un rôle dans la construction d'un projet professionnel par l'interne ainsi que dans l'élaboration d'un travail de thèse en médecine générale.

Ce tutorat nécessite une interaction entre le tuteur et l'interne. Chacun d'eux a une participation active dans cette relation visant à l'acquisition des compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale.

Le tutorat de troisième cycle de médecine générale à Brest, par le recours à une pédagogie centrée sur l'apprenant associée à une évaluation formative régulière, correspond à une organisation pédagogique basée sur le paradigme d'apprentissage déjà détaillé dans ce travail.

b) Les Récits de Situations Complexes Authentiques : RSCA

Les RSCA constituent le socle de base de l'interaction entre le tuteur et l'interne. Ils permettent l'évaluation formative des acquisitions des internes durant l'ensemble de leur troisième cycle.

Lors de leur DES de médecine générale à Brest, les internes doivent réaliser six RSCA⁽⁹¹⁾ soit un par semestre d'enseignement pratique. Ces récits permettent de contextualiser la réflexion issue des productions de l'étudiant.

Ceci se rapproche des principes de l'évaluation des compétences dans le paradigme d'apprentissage qui doit, comme cela a été vu, se baser sur des tâches complètes, complexes, signifiantes et authentiques.

Le RSCA est un récit descriptif et analytique d'une situation professionnelle complexe vécue par l'interne. Il sert de base à l'évaluation formative de l'interne permettant d'objectiver les compétences de médecine générale acquise ainsi que celles qui restent à acquérir.

L'interne a ici un rôle important dans l'acquisition de ses propres compétences par la réalisation d'une auto-évaluation et d'une auto-formation visant à compenser les lacunes objectivées. Cette étape métacognitive de l'interne est structurée par le tuteur qui aide l'interne à analyser sa pratique l'aide et ainsi à développer ses compétences.

La rédaction d'un RSCA se déroule en plusieurs étapes : la description de la situation, la problématisation, l'information, l'appréciation, la construction.⁽⁹³⁾

(1) La description de la situation⁽⁹⁴⁾

La narration de la situation est la première étape d'un RSCA. Ce récit doit rendre compte aussi fidèlement que possible de la situation clinique vécue par l'interne et doit alors être authentique. Ce récit se doit d'être avant tout descriptif. L'analyse de la situation, à posteriori, fait partie de l'étape suivante.

Ce récit doit aborder des situations caractéristiques de la pratique de la médecine générale. A Brest, le DUMG propose aux étudiants une liste de situations cliniques illustrant la diversité des problèmes de santé que doit savoir résoudre un médecin généraliste. Cette liste doit servir de base pour la rédaction des différents RSCA. Les douze situations devant être retrouvées dans les 6 RSCA de l'étudiant à la fin de son cursus présentées dans cette liste sont⁽⁹⁵⁾:

- *Une situation autour du problème de l'éducation du patient dans un contexte de maladie chronique.*

- *Une situation autour d'une action individuelle ou collective de prévention*
- *Une situation autour d'un problème « d'urgence » en rapport avec la médecine ambulatoire*
- *Une situation autour d'un problème de santé concernant la personne âgée*
- *Une situation autour d'un problème de santé concernant la femme*
- *Une situation autour d'un problème de santé concernant l'enfant et l'adolescent*
- *Une situation autour d'un problème de santé impliquant le médecin dans la famille*
- *Une situation de prise en charge d'un problème de souffrance psychique -psychologique ou psychiatrique- en médecine générale*
- *Une situation autour d'un problème de santé au travail*
- Une situation clinique évoquant un problème de responsabilité médico-légale, de conflit déontologique, juridique ou éthique,
- Une situation relationnelle particulièrement satisfaisante ou difficile
- Une situation autour d'un problème de dépendance

Cette situation doit être assez complexe, par son caractère pluridimensionnel, par l'incertitude entourant la prise de décision, par l'absence de réponse standardisée pour pouvoir entraîner chez l'interne une réflexion quant à la meilleure solution à adopter.

Ce récit doit être issu d'un épisode vécu par l'interne. Le travail réflexif sur une situation vécue est alors plus intense et les acquisitions plus profondes.

(2) La problématisation⁽⁹³⁾

Une fois la narration de la situation faite, l'interne analyse celle-ci. Ce travail réflexif réalisé à posteriori permet à l'interne, à partir des problèmes qu'il a rencontrés, de réaliser une analyse critique des connaissances et des compétences qu'il a mises en jeu. Cette analyse permet à l'interne de mettre en lumière les points qu'il doit améliorer. Il s'agit là d'une auto-évaluation des compétences.

(3) L'information⁽⁹³⁾

A partir de son auto-évaluation, l'étudiant se fixe des tâches d'apprentissage pour améliorer ou corriger les manques et les erreurs qu'il a décelées. Ces tâches d'apprentissage peuvent prendre la forme de recherche documentaire, de prise d'avis auprès de personnes ressources ou d'échanges entre pairs.

(4) L'appréciation⁽⁹³⁾

Les informations obtenues doivent à leur tour être décrites et analysées afin que l'étudiant et son tuteur puissent en évaluer la pertinence vis-à-vis de l'amélioration des compétences.

Cette étape prend la forme d'une synthèse regroupant les points essentiels de l'auto-évaluation et de l'auto-formation réalisée par l'interne. Cette synthèse précise alors les modifications survenues vis-à-vis des connaissances antérieures.

(5) La construction⁽⁹³⁾

Cette étape consiste à rattacher le RSCA à une ou plusieurs compétences de médecine générale. Ceci permet ainsi au médecin en formation de construire son cursus de façon à couvrir tous les champs de la spécialité⁽⁹³⁾.

Cette étape permet, à la fin de chaque RSCA, d'établir le travail réalisé et celui qui reste encore à mettre en place pour l'acquisition de l'ensemble des compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale.

Cette étape de construction est à la base du suivi de l'évolution de l'interne durant de son cursus de troisième cycle.

(6) La Validation par le tuteur

Chaque RSCA rédigé par l'interne est envoyé sous forme manuscrite à son tuteur, au rythme d'un RSCA par semestre. Après la lecture et l'analyse du travail effectué par l'interne, le tuteur validera ou non le RSCA.

Cette validation du RSCA par le tuteur de l'interne se base sur les 5 items suivants⁽⁹⁶⁾ :

- L'analyse du récit narratif complet appréciant la qualité du récit intégrant les éléments objectifs et subjectifs de la situation de manière structurée.
- L'analyse de la complexité de la situation choisie
- L'analyse de la pertinence de la situation choisie vis-à-vis de la pratique de la médecine générale
- L'analyse de la réflexion réalisée par l'interne à partir de la situation rencontrée
- L'analyse de la qualité de la recherche documentaire réalisée

La validation du RSCA autorise l'étudiant à présenter son travail lors d'un Groupe d'Echange et d'Analyse de Pratique Tutoré (GEAPT). Cette présentation est la seconde étape de la validation de son travail.

c) Les Groupes d'Echange et d'Analyse de Pratique Tutoré⁽⁹¹⁾

Chaque RSCA produit par l'interne et validé par le tuteur doit être présenté lors de groupe d'échange et d'analyse de pratique tutoré (GEAPT). Ces GEAPT sont formés par la combinaison de deux tuteurs et des internes dont ils ont la charge.

Cette présentation en GEAPT se fait en deux temps.

La première étape consiste en une présentation du RSCA d'une durée de dix minutes maximum. Pour effectuer cette présentation, l'interne aura réalisé un diaporama résumant le récit, les interrogations ressortant de la situation exposée, les recherches visant à répondre aux questions soulevées et les compétences explorées par cette situation authentique.

La seconde étape dure également dix minutes et consiste en une réflexion en groupe sur le RSCA présenté. Les tuteurs jouent, un rôle de guide pour cette réflexion en groupe.

Cette présentation en groupe permet à l'interne de renforcer sa démarche métacognitive par une exposition concise de l'auto-évaluation et de l'auto-formation qu'il a mises en jeu. En effet, pour réussir à synthétiser son RSCA, l'interne doit réaliser une seconde analyse en sélectionnant ce qui lui semble singulier dans sa démarche réflexive.

Le groupe bénéficie également de cette analyse en étant confronté à des situations cliniques complètes, complexes et signifiantes puisque relevant d'une prise en charge de soins primaires. Les

autres participants du GEAPT peuvent alors s'interroger sur ce qu'ils auraient fait dans une situation semblable leur permettant ainsi de mettre en place une démarche réflexive similaire à celle utilisée lors de la rédaction d'un RSCA.

A l'issue de cette réflexion entre pairs, le groupe valide ou non le RSCA présenté. Il s'agit du second niveau de validation.

Cette double validation assure à l'interne d'avoir effectué un travail de qualité. Lors du DES de médecine générale, six présentations de RSCA doivent être validées sur trois ans, à raison d'une par semestre.

Ainsi cette présentation en groupe valide l'acquisition des compétences de l'interne qui expose son RSCA. Cette soutenance de RSCA participe également au développement du processus réflexif nécessaire à la remise en question et au développement des compétences de tous les membres du GEAPT, tuteur compris. Cette soutenance est ainsi bénéfique pour l'ensemble des participants.

A l'issue de chaque validation de RSCA par le groupe, l'interne peut archiver celui-ci dans son Portfolio.

d) Le Portfolio

(1) Définition

Un portfolio est une collection organisée et cumulative de travaux et de réflexions d'un étudiant, qui rassemble des informations sur les compétences qu'il a développées au cours d'une période plus ou moins longue d'apprentissage⁽⁹⁷⁾

(2) Rôle

Le portfolio est destiné à conserver des traces écrites des différents apprentissages de l'interne de médecine générale tout au long de son DES de médecine générale.

L'utilisation du portfolio répond au souci d'aider l'étudiant à développer un apprentissage réflexif. Cette pratique permet d'acquérir des capacités de réflexion et de remise en question servant de base au développement de l'expertise professionnelle.⁽⁹⁷⁾

Le portfolio, en répertoriant, entre autres, l'ensemble des RSCA de l'interne permet aussi de réaliser des évaluations formatives régulières. Il constitue un outil de supervision indirect permettant au tuteur de l'interne de le guider dans ses apprentissages.

Le portfolio est également utilisé à Brest dans le cadre de la certification des compétences en fin de cursus. Il permet ainsi de réaliser une évaluation sommative de l'ensemble du DES de médecine générale. Cette évaluation permet la validation ou l'invalidation du cursus de troisième cycle.

(3) Contenu

A Brest, le Portfolio sert de base au mémoire de DES. Il est alors possible de définir le contenu minimum du portfolio par rapport aux données devant figurer obligatoirement dans ce mémoire de DES.

Il faut préciser que l'interne peut enrichir son portfolio d'éléments personnels qui lui ont été utiles qui ne revêtent pas un caractère obligatoire.

A Brest, le Portfolio doit au minimum contenir :

- Un résumé de chacun des six stages effectués en précisant pour chacun d'eux les apprentissages réalisés et les points clés du stage.
- L'ensemble des six RSCA validés par le tuteur, puis soutenus et validés en GEAPT.
- Un résumé de l'ensemble des formations théoriques suivies et ayant permis d'acquérir les 200 CHF nécessaires à la validation du DES de médecine générale.

B. La formation pratique du DES de médecine générale à Brest.

Pour l'ensemble des semestres de formations, la durée hebdomadaire de travail de l'interne est de onze demi-journées dont deux sont consacrées à la formation personnelle (séminaires ou ateliers organisés à la faculté, préparation de la thèse, action de formation continue...).

1. La maquette de stage

La maquette des stages de DES de médecine générale est définie, comme partout en France, par l'arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 ⁽⁷⁸⁾ déjà détaillé lors de l'étude des contraintes réglementaires portant sur le troisième cycle d'étude.

a) Les semestres hospitaliers⁽⁹¹⁾

A Brest, les semestres réalisés en milieu hospitalier permettent de valider :

- le stage obligatoire aux urgences
- le stage obligatoire en médecine adulte
- le stage obligatoire relatif à la pédiatrie ou à la gynécologie
- Des semestres libres s'effectuant alors en service de spécialité médicale

L'un des stages hospitaliers doit se dérouler obligatoirement au sein d'un service du CHU de Brest.

Ces différents semestres hospitaliers sont répartis au sein du CHU de Brest et des Hôpitaux périphériques y étant rattachés et appartenant aux départements du Finistère, des côtes d'Armor et du Morbihan.

Les différents hôpitaux accessibles aux internes pour la validation de leurs semestres hospitaliers sont résumés sur la carte suivante. ⁽⁹⁸⁾

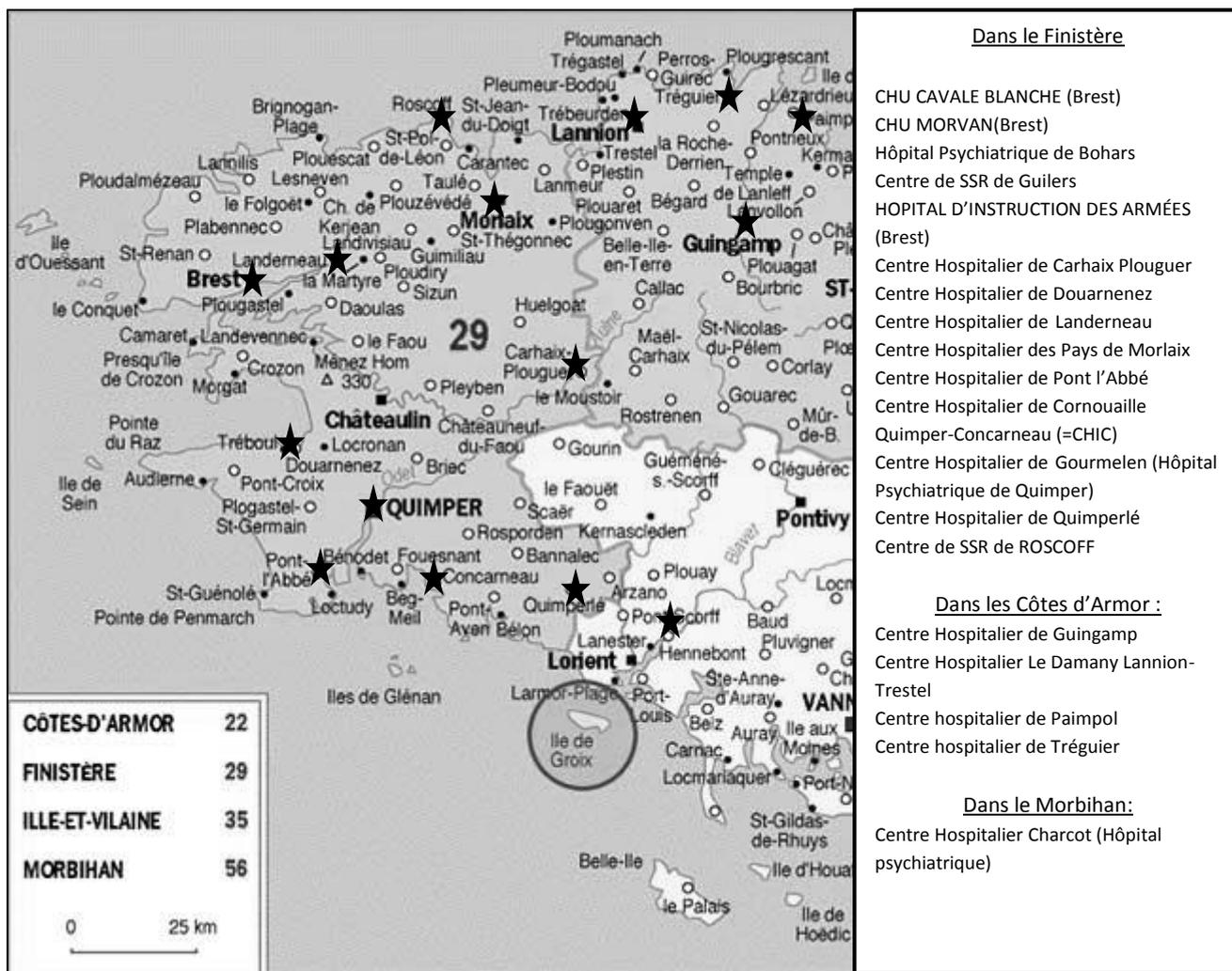


Figure 10: Hôpitaux de la subdivision du CHU de Brest

b) Le semestre réalisé au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie

Ce semestre peut être validé lors d'un stage hospitalier en pédiatrie ou en gynécologie au sein des services du CHU ou de certains des hôpitaux périphériques cités plus haut. Il peut également être validé au sein d'un des stages ambulatoires abordant la pédiatrie et la gynécologie.

Il s'agit là d'une nouveauté par rapport au cursus des médecins interrogés pour cette étude, qui devaient, à l'époque de leur formation, choisir un stage de pédiatrie ou un stage de gynécologie en milieu hospitalier pour valider leur semestre « mère-enfant ».

c) Le stage de médecine ambulatoire de niveau 1

Ce stage peut être effectué à partir du second semestre du troisième cycle.⁽⁹¹⁾

Son but est de permettre aux internes d'acquérir progressivement une autonomie dans la gestion des demandes des patients rencontrés en soins primaires.

Ainsi, l'interne sera amené à observer le travail de ses maîtres de stage, puis à réaliser des consultations sous la supervision directe du maître de stage. La dernière étape de cette prise

Dans le Finistère

- CHU CAVALE BLANCHE (Brest)
- CHU MORVAN(Brest)
- Hôpital Psychiatrique de Bohars
- Centre de SSR de Guilers
- HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES (Brest)
- Centre Hospitalier de Carhaix Plouguer
- Centre Hospitalier de Douarnenez
- Centre Hospitalier de Landerneau
- Centre Hospitalier des Pays de Morlaix
- Centre Hospitalier de Pont l'Abbé
- Centre Hospitalier de Cornouaille
- Quimper-Concarneau (=CHIC)
- Centre Hospitalier de Gourmelen (Hôpital Psychiatrique de Quimper)
- Centre Hospitalier de Quimperlé
- Centre de SSR de ROSCOFF

Dans les Côtes d'Armor :

- Centre Hospitalier de Guingamp
- Centre Hospitalier Le Damany Lannion-Trestel
- Centre hospitalier de Paimpol
- Centre hospitalier de Tréguier

Dans le Morbihan:

- Centre Hospitalier Charcot (Hôpital psychiatrique)

d'autonomie est la réalisation de consultations en autonomie sous la supervision indirecte du maître de stage se trouvant à proximité et pouvant intervenir en cas de besoin.

Ce stage d'un semestre est organisé d'une manière souple par le DUMG brestois.

L'interne a pour obligation d'effectuer son premier et son dernier mois de stage du semestre auprès du maître de stage coordonnateur qu'il a choisi lors du choix de poste.

Le premier mois de stage permet au maître de stage coordonnateur d'évaluer les connaissances et compétences de l'interne et de définir avec lui les objectifs d'apprentissage du semestre.

Le dernier mois du semestre permet au coordonnateur du stage d'apprécier les acquisitions et le travail fourni par l'interne en s'aidant notamment des avis des différents professionnels intervenus auprès de celui-ci durant le semestre.

Au vu de l'évolution de l'interne, le maître de stage coordonnateur rend un avis quant à la validation du semestre.

Dans l'intervalle, entre ces 2 mois obligatoires, l'interne est libre d'organiser son emploi du temps comme il le veut en respectant plusieurs règles.

La durée de stage en médecine générale ambulatoire doit durer au minimum seize semaines sur l'ensemble du semestre. L'interne doit alors prendre contact avec des maîtres de stage pour pouvoir organiser sa formation en cabinet de médecine générale.

Un à deux mois du semestre peuvent être réalisés en dehors d'un cabinet de médecine générale.

Cette période de stage se déroule sous une forme relativement souple ⁽⁹¹⁾:

- Soit sous la forme de deux stages d'un mois chacun,
- Soit sous la forme de plusieurs périodes de stage de huit à quinze jours,
- Soit sous la forme ponctuelle d'un stage de quelques demi-journées.

Ces stages hors cabinet de médecine générale peuvent être réalisés auprès de structure variées tels que les officines de pharmacie, les structures d'HAD, des cabinets paramédicaux ou médicaux... Leur but est d'explorer le réseau de soins d'un médecin généraliste.

Dans la subdivision de Brest en 2014, il existe 196 maîtres de stage ambulatoire disponibles pour accueillir les internes de médecine générale durant leur semestre ambulatoire de niveau 1 et 2. ⁽⁹⁹⁾

Auxquels s'ajoutent 8 maîtres de stage hors subdivisions exerçant dans les Côtes d'Armor et le Morbihan.

d) Le stage de médecine ambulatoire de niveau 2 : le SASPAS

Le stage ambulatoire de niveau 2 est disponible au choix à partir du cinquième semestre du DES et ne concerne alors que les promotions arrivant en dernière année de formation médicale initiale.

Le SASPAS ou Stage Autonomie en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé est la suite logique du semestre chez le praticien. Alors que le stage ambulatoire de niveau 1 permet à l'interne d'acquérir une autonomie progressive, le SASPAS permet quant à lui de travailler en pleine autonomie au sein d'un cabinet de médecine générale. Cette autonomie est supervisée de manière indirecte par les maîtres de stage appartenant au SUMGA (Service Universitaire de Médecine Générale Ambulatoire).

Cette supervision indirecte peut se faire de différentes manières.⁽⁹⁹⁾

La supervision indirecte individuelle différée caractérise le « débriefing » d'une journée de l'interne avec le maître de stage qu'il a « remplacé » à l'issue de chaque journée. Elle a pour fonction d'assurer la sécurité et la continuité des soins des patients et d'étudier les difficultés rencontrées dans la journée.

La supervision indirecte individuelle est une rencontre entre l'Interne et le maître de stage référent du SUMGA qui permet de faire le point autour de l'acquisition des compétences de l'interne. Elle permet d'orienter le travail de l'interne vers les compétences qui lui restent à acquérir.

La supervision indirecte collective consiste en une rencontre mensuelle de l'interne avec l'ensemble des maîtres de stage du SUMGA. L'Interne présente alors un travail visant à répondre aux questionnements issus de la supervision indirecte avec le maître de stage référent du SUMGA.

A l'issue du semestre, le maître de stage référent rend un avis quant à la validation du stage se fondant sur les compétences professionnelles développées par l'interne et à ses capacités d'autonomie.

A Brest en 2014, vingt-trois SUMGA sont disponibles au choix⁽¹⁰⁰⁾. Ils permettent ainsi à quarante-six étudiants de chaque promotion de bénéficier d'un SASPAS. Les étudiants ne pouvant accéder à un SASPAS doivent alors réaliser un semestre en milieu hospitalier.

2. La validation des stages

La décision de validation de chaque stage effectué lors du troisième cycle revient au coordinateur du DES qui fonde son choix sur l'avis du chef de service où l'interne a effectué son stage. Cet avis se fonde sur une évaluation des compétences de l'interne que le chef de service remplit suite à la réalisation d'un entretien de fin de stage.

C. La validation du DES de médecine générale à Brest : la certification.

A Brest, la validation du DES de médecine générale se fonde sur :

- la validation de tous les stages exigés pour le diplôme d'études spécialisées.
- la soutenance du mémoire de DES regroupant l'ensemble des RSCA de l'interne, ainsi que le résumé de l'ensemble des formations théoriques auxquelles il a assisté et lui ayant permis d'acquérir 200 CHF.
- l'appréciation du tuteur de l'interne sur l'acquisition des compétences pour exercer.

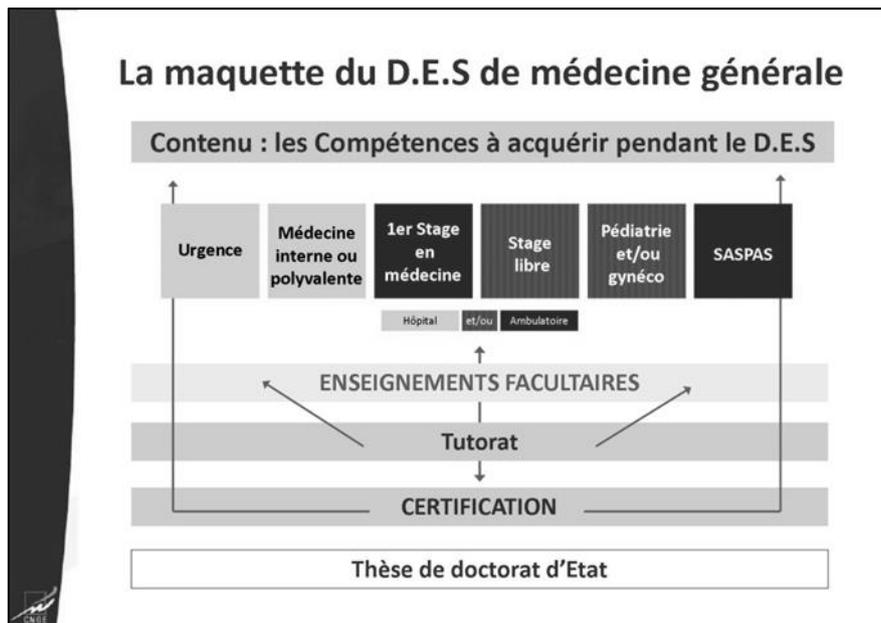


Figure 11: La maquette du DES de médecine générale

La figure ci-dessus réalise une synthèse de la formation du DES de médecine générale. Elle permet d'observer la place centrale du tutorat dans cette mise en place visant à l'acquisition de compétences par l'intermédiaire d'enseignements facultaires et de la maquette des stages.

D. L'encadrement pédagogique du DES de médecine générale à Brest

Comme évoqué plus tôt dans ce travail, l'encadrement de la formation joue un grand rôle dans la qualité de celle-ci. Ce travail va maintenant évoquer la composition de l'équipe pédagogique permettant la mise en place de la formation de médecine générale à Brest.

L'organisation de la formation universitaire à Brest repose sur le DUMG local.

Le DUMG Brestois regroupe 21 membres :⁽⁹¹⁾

- 1 Professeur des Universités
- 1 Professeur Associé
- 4 Maîtres de conférences Associés
- 1 Chef de Clinique de Médecine Générale
- 5 chargés de mission
- 8 chargés d'enseignement
- 1 Responsable administratif

1. La formation théorique universitaire orientée vers la pratique

Les membres du DUMG s'associent à des intervenants extérieurs pour proposer aux étudiants des enseignements théoriques recouvrant les différents champs de la médecine générale. Ces enseignements se présentent sous la forme des journées de séminaires facultatives.

2. La formation théorique orientée vers la recherche

Cette formation est exclusivement encadrée par des membres du DUMG brestois. Elle prend la forme de journées de séminaire obligatoires.

3. La formation théorique orientée vers les apprentissages de l'interne : le tutorat.

Le DUMG brestois forme les médecins ayant accepté de suivre et de guider les internes dans l'acquisition des compétences de médecine générale dans le cadre du tutorat.

Le besoin de tuteur lors du troisième cycle de médecine générale ne cesse d'augmenter du fait de l'augmentation du nombre d'interne à former, secondaire à la majoration du numérus clausus il y a quelques années.

4. La formation pratique

Cette formation à la pratique ambulatoire, lors du second et du troisième cycles d'étude, est assurée par 196 maîtres de stage ambulatoires au sein de la subdivision du CHU de Brest⁽⁹⁹⁾. Auxquels il est possible d'ajouter 8 autres maîtres de stage exerçant hors de cette subdivision.

Ces maîtres de stage permettent la mise en place du stage d'initiation à la médecine générale en second cycle, ainsi que celle du stage en médecine ambulatoire de niveau 1. Certains d'entre eux travaillent également au sein de SUMGA permettant aux internes de pouvoir réaliser un SASPAS.

Ces maîtres de stage ont reçu des formations à la maîtrise de stage, à la supervision directe et indirecte de la part de membres du DUMG brestois⁽⁹²⁾ leur permettant ainsi d'aider les internes dans l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale.

Là encore, les besoins en maîtres de stage ne cessent d'augmenter du fait de l'augmentation de la taille des promotions de second et de troisième cycle.

E. Synthèse concernant l'organisation du DES de médecine générale à Brest

L'organisation du DES de médecine générale selon les modalités adoptées par le DUMG correspondent aux différents critères qualités auxquels doit répondre une formation professionnelle selon Philippe Perrenoud.

Selon lui, une formation professionnelle de qualité doit ⁽¹⁾:

- Etre construite à partir d'une analyse des pratiques de référence du métier concerné par la profession étudiée.
- Se baser sur un référentiel de compétences nécessaires à la pratique de cette profession
- Etre organisée selon un plan construit autour de ces compétences
- Adopter un apprentissage par problèmes
- Se baser sur une articulation entre cours théorique et stages pratiques
- Adopter une organisation modulaire et différenciée permettant à chacun de construire son projet professionnel personnel

- Utiliser une évaluation formative des compétences permettant d'orienter les acquisitions
- Se baser sur un dispositif d'intégration des acquis supervisé par un professionnel investi
- Etre en lien avec le contexte professionnel.

Ceci peut faire penser que cette formation médicale de troisième cycle est en adéquation avec la pratique ambulatoire « réelle ».

V. Synthèse :

Cette partie sur l'organisation de la formation médicale initiale mise en place à Brest a permis d'objectiver que celle-ci respecte les obligations légales définies réglementairement en France et que celle-ci utilise différents types de modalités pédagogiques aux diverses étapes du cursus.

Ainsi, le premier cycle utilise essentiellement un paradigme d'enseignement par la mise en place de cours magistraux et d'évaluation sommative.

Le second cycle est lui aussi centré sur le paradigme d'enseignement par l'utilisation d'évaluations sommatives visant à valider des semestres par l'acquisition d'unités d'enseignements. La présence du paradigme d'apprentissage est observable durant ce second cycle notamment sous la forme d'apprentissages par résolution de problèmes réalisés en groupe et organisés par discipline médicale. La présence de modalité centrée sur l'apprentissage semble croissante notamment avec l'apparition d'un référentiel de compétence de niveau master devant orienter les acquisitions et par la possibilité offerte aux étudiants de moduler leur cursus avec le choix d'unités d'enseignements optionnels.

Le troisième cycle est le moins strictement réglementé et les formateurs ont ainsi une plus grande liberté quant à la mise en place pédagogique. On peut observer que ce troisième cycle de médecine générale est construit selon le modèle du paradigme d'apprentissage avec des évaluations formatives régulières. Ce troisième cycle vise à l'acquisition des compétences nécessaires à la pratique de la médecine issues de la définition de la WONCA Europe.

En ce qui concerne les connaissances théoriques, les acquisitions du premier cycle abordant les généralités sur le corps humain permettent de servir de base à celles de second cycle s'orientant vers la physiopathologie des maladies et le raisonnement clinique. Le troisième cycle quant à lui aborde essentiellement des champs d'activités de médecine générale par l'intermédiaire de réflexions entre pairs lors de journées de séminaires.

Au niveau des stages pratiques, il est également possible d'observer une graduation. Le premier cycle permet d'acquérir l'examen clinique de base qui servira à l'étude des maladies et à l'exercice sous supervision lors du second cycle. Le troisième cycle permet quant à lui d'acquérir une autonomie progressive de la pratique de la médecine générale.

Etude

« S'il n'y a pas de solution, c'est qu'il n'y a pas de problème »

Les Shadocks

I. Matériel et Méthode

A. Mise en place théorique de l'étude

1. Définition du thème de recherche

Etudier l'adéquation de la formation médicale initiale avec la pratique de la médecine générale au quotidien importait à l'auteur pour diverses raisons.

La première est le sentiment que l'on apprend toujours plus de ses erreurs que de ses réussites et qu'une remise en question régulière est nécessaire afin de s'améliorer.

La seconde raison tient au sentiment, que le chercheur a ressenti à la fin de sa formation initiale, d'être un peu perdu au début de son exercice en autonomie. Ce sentiment était alors lié à la multitude de démarches administratives à accomplir pour démarrer son entreprise, à la difficulté de trouver des remplacements, à la confrontation avec la pratique en autonomie réelle. Cette pratique était alors pleine de situations non rencontrées jusqu'alors, bien que le chercheur ait pu bénéficier de deux stages ambulatoires durant son troisième cycle de médecine générale ainsi qu'à des formations théoriques professionnalisantes.

Une remise à niveau et une plus grande expérience ont permis d'améliorer ce sentiment « d'incompétence ». Une question subsistait alors : Pourquoi avoir ressenti cette incompétence alors que le chercheur venait de finir son DES et que ses compétences à exercer ont été certifiées ?

La troisième raison tient à une situation clinique complexe à laquelle le chercheur a été confronté. Une situation complexe de devoir prendre en charge la demande d'un proche concernant un problème de santé grave qui s'avèrera mortelle à très court terme. Etre confronté à la maladie d'un proche et surtout à la difficulté de trouver sa place entre le simple membre de la famille et le soignant l'a fait s'interroger sur ses compétences relationnelles et sur sa capacité à rester empathique.

Pour ces trois raisons, entre autres, le chercheur s'est interrogé sur la qualité de sa formation initiale. Pourquoi avoir ressenti ce sentiment d'être incompétent alors qu'il venait juste de finir sa formation initiale. Est-ce qu'il y avait des manques dans sa formation ?

2. Définition de l'hypothèse de recherche

Comme abordé lors de l'introduction de ce travail, la formation médicale initiale est la cible de critiques.

Le but de la formation médicale initiale est de former des professionnels compétents, c'est-à-dire aptes à assumer l'ensemble des problèmes de santé que peuvent présenter leurs patients. Si la formation d'un étudiant se destinant à la médecine générale est aussi critiquable et inadaptée, comment celle-ci peut-elle les aider à devenir des professionnels compétents ?

Selon Philippe Perrenoud : « La qualité d'une formation professionnelle se mesure, idéalement, à ses effets rapportés à ses objectifs ou aux attentes des usagers ou des employeurs⁽¹⁾. »

Ainsi, prendre l'avis de jeunes médecins généralistes sur la qualité de leur formation médicale initiale, après quelques mois à années de confrontation à l'exercice quotidien, pourrait permettre de faire ce rapport. Ceci permettrait alors de mettre en lumière les points de la formation médicale initiale à améliorer ou à renforcer pour atteindre les objectifs pédagogiques.

A la suite de cette réflexion, l'hypothèse ayant servi de base à cette étude est suivante :

L'avis des spécialistes en médecine générale quant à l'adéquation entre leur formation médicale initiale vis-à-vis de leur pratique quotidienne de la médecine générale depuis la fin de leur cursus pourrait permettre d'objectiver les points forts et les points faibles de cette formation et pourrait ainsi aider à en améliorer l'efficacité.

3. Définition de la question de recherche

La formation médicale peut varier, d'une faculté à une autre, dans la mise en place pratique bien que les textes réglementaires en donnent une trame commune. Il ne paraissait alors pas possible de réaliser une étude sur plusieurs facultés en simultané.

Ainsi, lors de la définition de la question de recherche, a été pris le parti de centrer la recherche sur la seule faculté de Brest et sur les promotions ayant débuté leur troisième cycle en 2008 ou 2009. Les conditions d'échantillonnage seront expliquées un peu plus loin dans ce travail.

La question de recherche de cette étude était la suivante :

Les spécialistes en médecine générale diplômés à Brest, ayant débuté leur DES en 2008 ou 2009, se sentent-ils correctement formés par rapport à ce qui fait leur exercice ambulatoire quotidien, quels sont les facteurs de satisfactions et d'insatisfactions des spécialistes en médecine générale brestois vis-à-vis de leur formation médicale initiale ?

Evaluation formative de la Formation médicale initiale d'un spécialiste en médecine générale Brestois.

4. Choix de la méthode de recherche

Initialement utilisée en sciences humaines, telle que l'anthropologie, la sociologie, la psychologie, du fait de sa capacité à permettre une approche mettant l'accent sur la compréhension des phénomènes dans leur contexte, la recherche qualitative est particulièrement appropriée à des études centrées sur la médecine de premier recours.

La recherche qualitative se caractérise par⁽¹⁰¹⁾ :

- *une tentative de voir les événements, actions, normes, valeurs, etc. du point de vue des personnes étudiées ;*

- *un accent mis sur le contexte et les manières dont les caractéristiques d'une situation ou contexte spécifique influencent le phénomène étudié ;*
- *une stratégie flexible et itérative. Une telle démarche permet de révéler des thèmes dont l'importance était inattendue et qui seraient peut-être restés dans l'ombre si les chercheurs s'étaient limités à une liste de questions préétablie ou à des méthodes de collecte des données prédéterminées.*

La recherche qualitative aborde des questions de recherche différentes de celles qui font l'objet de la recherche quantitative. Ces deux approches sont complémentaires.

La recherche qualitative n'apporte aucune preuve quantifiable contrairement à la recherche quantitative. Elle cherche plutôt à décrire, à comprendre et à expliquer des phénomènes particuliers⁽¹⁰¹⁾. Elle permet de répondre à des questions telles que «qu'est-ce qui se passe ?», «pourquoi ?» et «comment ?». C'est une méthode de recherche particulièrement adaptée pour le recueil et l'analyse de données portant sur le vécu, les expériences, les opinions etc...

Cette étude était une enquête d'opinion et ne voulait pas quantifier un phénomène. L'approche qualitative était alors adaptée à ce travail de recherche.

5. Mode de recueil des données

Une recherche qualitative peut utiliser de nombreux types de méthode différents pour le recueil des données en fonction de la question de recherche. Chacune de celles-ci a des avantages et des inconvénients.

On peut ainsi citer :

- Les entretiens individuels.
 - Non structurés
 - Semi-structurés à l'aide d'un guide
 - Structurés ou systématiques
- Les entretiens de groupes.
 - Semi-structurés : focus groupes
 - Structurés
- Les observations
 - Participante
 - Non participante, non structurée
 - Non participante, structurée

Pour cette étude, il a été choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés.

Il s'agit d'entretiens individuels orientés par un guide composé d'une série de questions ouvertes à aborder durant l'entretien.

Le choix d'un mode individuel d'entretien s'est basé sur la question de recherche. Il est plus facile de donner son avis, son opinion lors d'un entretien individuel. La réalisation d'entretien en groupe aurait sans doute limité l'expression des critiques, et plus particulièrement celle ayant un caractère négatif, ce qui aurait alors biaisé les résultats de l'étude.

Cette méthode était également plus simple à mettre en place au niveau organisationnel. En effet, il était plus aisé pour organiser les entretiens de n'avoir que les agendas de l'interrogé et du chercheur à synchroniser plutôt que celle d'un groupe de professionnels ayant chacun des contraintes professionnelles et personnelles propres.

6. Mode d'analyse des données⁽¹⁰²⁾

La théorie ancrée ou Grounded theory a été développée dans les années 1960 par Glaser et Strauss. La théorie ancrée, contrairement à la méthode hypothético-déductive utilisée pour des études quantitatives, ne s'appuie pas sur les connaissances scientifiques préexistantes pour étudier un phénomène. Elle propose au contraire de mettre en place une démarche inductive afin de construire des connaissances en les faisant émerger du terrain.

Cette méthode inductive, par l'absence de référence aux savoirs théoriques préexistants, permet au chercheur de faire apparaître des concepts innovants non influencés par des préconceptions théoriques.

La théorie ancrée se base sur une redéfinition régulière de l'objet de recherche en fonction des différents résultats issus de la collecte et de l'analyse des données. Il existe une interaction constante entre la collecte et l'analyse des données dans cette méthode. L'analyse des données peut modifier le mode de collecte pour explorer un thème ressortant spontanément des données du terrain. Chaque nouveau recueil de données et les analyses en découlant permettent de revoir l'ensemble des données ainsi que les analyses précédentes.

Ce mode de recueil et d'analyse des données reposent sur trois niveaux de codages⁽¹⁰²⁾.

- Le codage ouvert qui permet d'identifier des éléments potentiellement intéressants ressortant des données.
- Le codage axial qui permet de relier les éléments ressortant du codage ouvert entre eux faisant ressortir des thèmes intéressants pour l'étude.
- Le codage sélectif : qui permet d'identifier les connaissances émergeant de l'étude.

Suite à chacun de ces niveaux de codages, les données sont réétudiées et ré-analysées. Ceci permet de réorienter le recueil de données vers les éléments ou thèmes intéressants étant ressortis des étapes précédentes de l'étude.

La théorie ancrée est particulièrement adaptée à l'étude de vastes champs de recherche. Les analyses itératives des données permettent ensuite de dégager des pistes à explorer.

Il a alors été choisi d'utiliser ce type de méthode du fait de l'étendue du sujet à explorer. Le but visé était alors de voir si des éléments positifs ou négatifs se dégageaient de l'analyse des opinions des interrogés quant à leur formation médicale initiale.

7. Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré par le chercheur et soumis à la validation du directeur de recherche.

L'élaboration de ce guide s'est essentiellement basée sur trois références bibliographiques. Il n'a pas été décidé de réaliser une revue exhaustive de la littérature portant sur la formation médicale initiale

ou sur la satisfaction suite à une formation. Ce type de méthode bibliographique n'était pas compatible avec la théorie ancrée et aurait fait courir le risque de perturber la méthodologie de l'étude.

Les trois références bibliographiques utilisées ont déjà été abordées plus tôt dans ce travail. Il s'agit du travail de Philippe Perrenoud sur les indicateurs de qualité d'une formation professionnelle⁽¹⁾, du travail de Jean Jouquan sur l'évaluation des apprentissages en formation médicale initiale⁽⁶⁸⁾ et de la définition de la médecine générale de la WONCA Europe⁽¹²⁾.

Suite à la lecture de ces trois sources, le raisonnement ayant permis d'aboutir au guide d'entretien fut le suivant.

Comme la formation médicale initiale de médecine générale vise à former des spécialistes compétents, il est alors possible d'étudier la qualité de celle-ci par rapport à ses effets, c'est-à-dire le sentiment de compétence des étudiants formés.

Comme les étudiants adaptent leurs apprentissages à ce que l'on attend d'eux, il est important qu'ils aient compris ces attentes pour que la formation soit efficace.

Ainsi, le guide d'entretien avait été rédigé en tentant d'explorer le sentiment de compétence et le rôle de la formation médicale initiale dans l'acquisition de ce sentiment selon les interrogés.

Le guide ayant servi de trame lors des entretiens était composé de neuf questions ouvertes.

La première était une question « brise-glace ». Il s'agit d'une question très large permettant de lancer la discussion.

La seconde question visait à étudier la concordance entre les objectifs visés par la formation (l'acquisition des compétences pour exercer la médecine générale définies par la WONCA Europe) et le point de vue des interrogés.

Les troisième, quatrième, cinquième et sixième questions cherchaient à étudier la vision des interrogés sur les modalités pédagogiques employées durant l'ensemble des études.

La septième question visait à étudier les facteurs influençant l'acquisition du sentiment de compétence.

La huitième question étudiait les éventuelles perspectives d'amélioration de la formation selon les interrogés.

Enfin, la dernière était une question de « clôture » permettant à l'interviewé, s'il le désirait, de discuter sur des sujets qui n'avaient pas été évoqués durant l'entretien.

Le guide d'entretien est en annexe de ce travail.

Il avait ensuite été réalisé un test du guide d'entretien lors de trois entretiens avec des spécialistes en médecine générale formés à Brest ne pouvant être inclus dans l'étude du fait de leur activité de soins secondaire ou de la non validation effective de leur formation initiale. Le but de ce test était alors de tester la compréhension des questions par les interrogés ainsi que la correspondance des réponses avec les objectifs initiaux du chercheur.

8. Conditions de l'échantillonnage

a) Définition de la population de l'étude :

Il avait été décidé d'inclure dans cette étude des spécialistes en médecine générale exerçant en une activité libérale en soins primaires ambulatoires ayant été diplômé à Brest et faisant partie des promotions ayant passé l'ECN en 2008 et 2009. Ces médecins avaient suivi leur troisième cycle entre octobre 2008 et octobre 2012.

Parmi les promotions incluses, avaient été exclus de l'étude les spécialistes en médecine générale ayant fini leur troisième cycle entre 2011 et 2012 à Brest et qui n'avaient pas une activité strictement ambulatoire.

Cette étude visait à interroger des spécialistes ayant suivi un DES de médecine générale. Ce DES n'ayant été instauré qu'en 2004, les médecins généralistes diplômés avant cette date avaient alors été exclus.

Les promotions ayant passé l'ECN en 2004, 2005, 2006 avaient été exclues puisqu'on pouvait penser que la première promotion ayant fini sa formation initiale en 2007 avait pu, par son retour sur le cursus, faire évoluer la formation en la rendant plus adaptée pour les promotions entrant dans le troisième cycle à partir de 2007. De plus, du fait de la plus longue durée depuis la fin de leur cursus universitaire, il était probable que les souvenirs de cette dernière devaient être assez lointains et d'un apport moins constructif pour cette étude.

Les promotions ayant passé l'ECN en 2010 et après avaient été exclues étant donné qu'elles n'avaient pas fini leur formation initiale ou venaient de la finir depuis peu de temps. Les médecins issus de ces promotions n'avaient pas eu le temps nécessaire de confronter leurs compétences vis-à-vis d'une pratique ambulatoire et autonome quotidienne.

La promotion qui avait débuté son troisième cycle de médecine générale en 2007 faisait initialement partie de la population d'étude. Il avait été décidé d'exclure les spécialistes de cette promotion, dans un second temps, lorsque le chercheur s'était rendu compte que ces derniers n'avaient pas pu bénéficier de la mise en place des Crédits Heure Formation sur l'ensemble de leur formation. Les CHF avaient été mis en place à partir de 2008. Étant donné le rôle structurant des CHF dans la formation du troisième cycle Brestois, il avait été décidé de ne pas courir le risque de biaiser les résultats avec les données issues de cette promotion.

b) Modalités pratiques de l'échantillonnage

Certains spécialistes en médecine générale faisant partie de la population d'étude avaient été contactés par un SMS leur précisant le thème de recherche de l'étude ainsi que la mise en place sous forme d'entretien. Les numéros de téléphone des spécialistes contactés faisaient partie d'un répertoire personnel au chercheur. La réalisation d'un appel à « témoin » d'une plus grande ampleur via une mailing liste interne à la faculté de médecine de Brest concernant les deux promotions incluses n'avait pas été retenue par le directeur de recherche.

Le nombre d'entretiens à effectuer avait été défini en fonction de la saturation des données. Le recueil s'arrête lorsque l'analyse n'apporte plus de nouveaux éléments.

B. Réalisation pratique du recueil de données

1. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés au domicile des interrogés ou du chercheur en fonction des facilités des interviewés. Pour l'ensemble des entretiens, le chercheur était seul avec les médecins interrogés.

Ces entretiens ont eu lieu entre le 17 avril 2014 et le 22 mai 2014.

Après avoir donné des explications sur le sujet de l'étude et la modalité pratique de la réalisation des entretiens, l'accord des participants pour enregistrer l'interview avait été obtenu, sous couvert d'anonymat. Les participants avaient alors rempli un formulaire de consentement de participation à l'étude que le chercheur a archivé.

Les entretiens ont tous débuté par le recueil de données concernant les interrogés visant à recueillir des informations sur la population de l'étude. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique posé entre les deux interlocuteurs. L'ensemble des neuf questions du guide d'entretien a été posé à tous les interviewés.

Lors de la réalisation des entretiens, le chercheur a tenté de rester neutre vis-à-vis des réponses des interrogés. Il a essayé de laisser aux interrogés le temps de réfléchir aux questions avant de leur proposer de les reformuler lorsque cela semblait nécessaire. Après les réponses des participants, le chercheur a souvent laissé un « blanc » afin de ne pas couper l'entretien et que les interrogés puissent ainsi avoir la possibilité d'ajouter quelque chose. Il a parfois été nécessaire au chercheur de demander aux interrogés de préciser leurs propos afin d'éviter une interprétation ultérieure erronée. Le chercheur a laissé la liberté aux interviewés de revenir sur une question précédente lorsqu'ils le désiraient.

2. Retranscription des entretiens

Les enregistrements ont été transférés du dictaphone numérique sur un logiciel de transcription (Logiciel Sonal : téléchargé sur internet). Ils ont été retranscrits intégralement par le chercheur puis transférés sur le logiciel Microsoft Word afin d'être anonymisés et mis en forme avant la réalisation de l'analyse.

Cette mise en forme a consisté en une numérotation des lignes de l'entretien et en une utilisation de police différente pour les propos du chercheur et de l'interrogé. Les propos des interrogés sont en gras alors que ceux du chercheur sont en italique. Le but était alors de permettre de relever et d'indicer les différents verbatims issus des propos des interrogés.

Chaque verbatim a ensuite été codé en précisant le numéro de l'entretien et les lignes s'y rapportant. Par exemple, un verbatim relevé à la ligne 54 du premier entretien est alors codé E1/L54. En cas de présence de plusieurs verbatims sur une même ligne ceux-ci ont été numérotés par ordre d'apparition, par exemple : E1/L54(2) etc...

C. Modalités d'analyse des données

1. Codage ouvert

Il s'agit de la première étape de l'analyse des données.

Le but est de regrouper un ensemble de mots, de phrases, sous un intitulé synthétisant leur contenu.

Lors de cette étape, le chercheur lit attentivement chaque verbatim et liste par ordre d'apparition les codes.

Afin de diminuer le risque de subjectivité, tous les verbatims de cette étude ont été codés en aveugle par deux chercheurs chacun d'eux travaillant de manière isolée. Ces codes ont ensuite été mis en commun en visant à obtenir un consensus des deux chercheurs sur le codage ouvert retenu.

2. Codage axial

Il s'agit de la seconde étape de l'analyse. Les codes ouverts retenus abordant des thèmes similaires ont été regroupés.

3. Codage sélectif

Il s'agit de la dernière étape de l'analyse des données. Elle vise à dégager une catégorie centrale pouvant être reliée à l'ensemble des concepts qui se sont dégagés jusqu'à présent.

Après chaque entretien, les données ressortant du codage ouvert ont été rangées dans un tableau à l'aide du logiciel Excel. Ce tableau a alors permis de réaliser le codage axial puis sélectif. Ce tableau était alors un outil dynamique qui a permis d'aboutir aux résultats de l'étude.

II. Résultats

A. Description de l'étude

1. L'échantillon

Neuf spécialistes en médecine générale diplômés à Brest ont été interrogés pour cette étude. Les caractéristiques des interviewés sont regroupées dans le tableau suivant :

Entretien	Sexe	Age	Faculté de 1 ^{er} et 2 ^e cycle	Année de Début de DES	Mode d'exercice actuel	Structure du lieu de travail actuel	Lieu d'exercice actuel	Durée	Lieu de l'entretien
1	Homme	32 ans	Rennes	2008	Remplacement	Cabinet de groupe	Urbain	13 min 5 s	Au domicile de l'interrogé
2	Femme	31 ans	Brest	2008	Installée	Cabinet de groupe	Semi-rural	15 min 38 s	Au domicile de l'interrogée
3	Homme	33 ans	Reims	2008	Remplacement	Maison de Santé	Semi-rural	29 min 3 s	Au domicile du chercheur
4	Homme	32 ans	Brest	2008	Désinstallé	Cabinet de groupe	Rural	22 min 50 s	Au domicile du chercheur
5	Femme	31 ans	Brest	2008	Remplacement	Cabinet de groupe	rural	19 min 44 s	Au domicile du chercheur
6	Femme	30 ans	Brest	2008	Installée	Cabinet de groupe	rural	20 min 55 s	Au domicile de l'interrogée
7	Femme	30 ans	Brest	2009	Remplacement	Cabinet de groupe	Urbain	15 min 39 s	Au domicile de l'interrogé
8	Homme	32 ans	Brest	2008	Installé	Cabinet de groupe	Semi-rural	23 min 50 s	Au domicile de l'interrogé
9	Femme	31 ans	Brest	2008	Installée	Cabinet de groupe	Semi-rural	23 min 38 s	Au domicile de l'interrogée

La moyenne d'âge des interrogés était de 31 ans et variait entre 30 et 33 ans. Ils étaient principalement issus de la faculté de Brest.

La durée moyenne des entretiens était de vingt minutes et trente-six secondes.

Pour cette étude quatre hommes et cinq femmes avaient été interrogés

Quatre interrogés étaient installés, quatre exerçaient en tant que remplaçant et un s'était installé puis désinstallé et effectuait à nouveau des remplacements.

L'ensemble des interrogés exerçaient en cabinet de groupe. Deux médecins interrogés travaillaient en milieu Urbain, quatre en milieu semi-rural et trois en milieu rural.

Huit des neuf interrogés avaient débuté leur troisième cycle en 2008, la dernière l'avait débuté en 2009.

Les raisons qui avaient fait choisir la médecine générale, aux interrogés, suite à l'ECN étaient :

- Un choix par défaut pour un interrogé
- L'intérêt porté à la discipline
- L'absence d'attrance pour d'autres spécialités
- La fuite de la pratique hospitalière

Les raisons pour lesquelles ils avaient choisis la faculté de Brest pour la réalisation de leur troisième cycle étaient :

- Des raisons familiales
- La proximité des différents stages périphériques

- Le cadre de vie

Pour le stage « mère-enfant », sept des interrogés avaient effectué un stage de gynécologie et deux d'entre eux un stage de pédiatrie.

Huit des neufs interrogés avaient pu réaliser un SASPAS. Leurs autres semestres libres avaient été effectués dans des services de Cancérologie, Dermatologie, Pneumologie, soins de suite et réadaptation ou en psychiatrie (psychiatrie adulte, géronto-psychiatrie ou pédopsychiatrie).

2. La saturation des données

Le sujet étant très vaste, il n'avait pas été possible d'obtenir une saturation des données au niveau de l'ensemble des thèmes ressortant de l'étude.

Les thèmes abordant les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine ambulatoire avaient saturés dès le codage ouvert.

Pour les thèmes abordant la vision de la formation médicale initiale par les interrogés il avait parfois été difficile d'obtenir une saturation des données au niveau du codage ouvert. Dans la majorité de ces cas, la saturation avait été obtenue au niveau du codage axial permettant de mettre en lumière certains champs de données faisant consensus par rapport à d'autres verbatim restant isolés.

Il avait alors été décidé de mettre fin aux entretiens comme ceux-ci ne semblaient pas apporter de nouveaux champs à explorer bien que la saturation ne soit pas complète.

3. L'analyse des données

Pour chaque entretien, un codage ouvert avait été réalisé en aveugle par deux chercheurs avant la mise en commun.

Le codage axial avait été amorcé à partir du cinquième entretien puis réajusté par la suite.

Le codage sélectif avait été effectué à l'issue des neuf entretiens.

B. Le concept de compétence selon les médecins interrogés :

1. Le sentiment de compétence

Lors des entretiens, l'ensemble des interrogés exprimait le sentiment d'être compétent pour exercer la médecine générale ambulatoire.

E3/L132-133 « *Oui. Actuellement, je me sens à même d'exercer la profession de médecin généraliste quotidiennement.* »

Ce sentiment de compétence était décrit comme un facteur influençant l'installation en médecine générale ambulatoire.

E5/L109 « *Là, je me sens,... Je me vois de plus en plus m'installer.* »

2. Facteurs influençant ce sentiment de compétence

Lors des entretiens, les médecins interrogés exprimaient que plusieurs facteurs influençaient le sentiment de compétence.

Pour eux, l'expérience et la pratique quotidienne de la médecine générale amélioreraient ce sentiment de compétence.

E1/L110-112 « Plus on évolue, plus les situations on est à même de les revoir, de voir différents profils de patients et des choses qu'on a déjà vu. Donc, plus on avance, plus on se sent capable de le faire »

E2/L127-130 « Parce que je suis dans la cour des grands et que c'est à moi de... J'ai plus personne au-dessus de moi pour me... vers qui me...plus personne au-dessus pour me chapeauter entre guillemet. En même temps, en cabinet de groupe, on a du monde autour ce n'est pas ça mais la décision elle vient de nous quoi. »

Ceci était confirmé par la diminution de ce sentiment en cas de manque de pratique.

E1/L100-102 « Mais après, par expérience, les femmes ne veulent pas voir d'homme médecin généraliste pour faire leur suivi gynéco. Donc, là-dessus, j'ai sûrement beaucoup perdu. »

Le sentiment de compétence était, selon eux amélioré par le mode de travail. Ainsi, le travail au sein d'un groupe ou d'un réseau était perçu comme un facteur positif.

E3/L117-118 « Il y a aussi la possibilité d'aborder ces lacunes avec des confrères lorsqu'on exerce dans des maisons de santé ou dans des cabinets de groupes. »

E8/L270-272 « Moi, il y a des choses pour lesquelles j'adressais en systématique, les six premiers mois de mon installation. Et à force de recevoir les courriers qui te disent toujours la même chose, tu finis par le faire toi-même. »

Une formation de qualité lors du troisième cycle était perçue comme un des facteurs pouvant améliorer ce sentiment d'être compétent à exercer.

Les médecins interrogés évoquaient également la participation de la qualité de la formation pratique du troisième cycle dans le renforcement de ce sentiment de compétence.

E7/L90-91 « Mais après c'est surtout les stages et la pratique qui font que tu es à l'aise et que tu sais comment te comporter. »

E7/L113-114 « J'étais allée chez le Prat et en SASPAS. Donc du coup, je commençais à être à l'aise déjà à la fin des études. »

Ils évoquaient aussi l'importance de l'influence des connaissances théoriques sur ce sentiment.

E7/L111 « Je continue à apprendre des choses et je me sens de plus en plus à l'aise. »

3. Les Compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale selon les médecins interrogés.

Les interrogés exprimaient qu'un médecin généraliste doit avoir de nombreuses compétences pour pouvoir exercer. Pour eux, un médecin généraliste devait :

a) Avoir des compétences biomédicales

Ces compétences biomédicales reposaient selon les médecins interrogés sur :

-des compétences cliniques permettant de réaliser un examen clinique, des gestes techniques. Ces compétences étaient alors perçues comme la base d'une démarche rigoureuse permettant de réaliser des diagnostics et de mettre en place des traitements adéquats.

E4/L46-48 « Et moi, j'ai trouvé que c'est assez bénéfique. Car on est vite mis dans le bain. On a appris l'examen clinique assez rapidement. Et finalement l'examen clinique que j'ai appris dès la troisième année dans mes stages, et jusqu'à la sixième année, je l'utilise encore aujourd'hui. »

E3/L96-97 « elles m'ont permis d'avoir les connaissances techniques »

E1/L48-49 « Etre systématique, bien rangé dans sa tête. »

E7/L84-85 « Comment faire un diagnostic et comment traiter un patient. »

-des compétences paracliniques venant compléter les compétences cliniques afin de prescrire des examens complémentaires justifiés.

E2/L25 « tu proposes de faire un premier bilan biologique ».

-des connaissances théoriques permettant de servir de base au raisonnement.

E1/L80 « Ça m'a permis d'avoir des connaissances, quand même, qui sont une base minimum »

E4/L31-32 « Connaissances. Parce qu'il faut vraiment avoir des connaissances dans tous les domaines. Donc, il faut avoir une palette assez large de connaissances, dans toutes les disciplines. »

b) Avoir des compétences relationnelles

Les médecins ayant participé à l'étude exprimaient qu'un médecin généraliste doit savoir construire une relation de soins, basée sur la confiance et le respect, pouvant servir de soutien au patient.

E9/L54 « C'est avoir des capacités relationnelles aux relations humaines. »

E1/L35-36 « Et avoir un bon contact avec les patients pour pouvoir les rassurer »

E1/L36 « qu'ils soient en confiance avec ce que tu vas faire »

E7/L29 « Il faut trouver les bonnes limites avec les patients. Etre ferme mais en restant poli, aimable, »

Selon eux, ces aptitudes relationnelles se basaient sur une capacité à l'empathie et une écoute attentive du patient de la part du médecin généraliste.

E7/L30(2) « Il faut être dans l'empathie »

E3/L141(1) « Savoir les écouter »

c) Savoir centrer sa prise en charge sur le patient

Selon les personnes interviewés pour de cette étude, un médecin généraliste devait savoir accorder le temps nécessaire au patient pour s'exprimer, puis il devait savoir tenir compte des attentes de celui-ci afin d'obtenir son adhésion à la prise en charge qu'il lui propose.

E1/L34(2) « Savoir prendre le temps d'écouter »

E1/L36-37 « ça permet déjà qu'ils adhèrent plus facilement au traitement qu'on va leur proposer »

E5/L25-26 « Je me sentais de bien répondre à ses attentes et à ses interrogations »

d) Avoir des aptitudes en communication

Cette compétence à la communication, selon les propos recueillis, permettait de réaliser des entretiens directifs ainsi que d'annoncer des pathologies potentiellement graves.

E8/L212-213 « Après, quelque chose sur lequel on parle beaucoup, c'est l'annonce des diagnostics graves. Et tout ça c'est assez bien expliqué dans le DES. »

E1/L34-35 « sans non plus que ça parte à droite, à gauche »

e) Savoir aborder des situations complexes de manière globale

Les médecins interrogés exprimaient qu'un médecin généraliste doit savoir prendre des décisions complexes, en contexte d'incertitude. Dans sa prise de décision, il pouvait, selon eux, se baser sur son intuition, des données issues de la science, les préférences de son patient. Il devait aussi prendre en compte le contexte psychologique, social et familial de son patient dans sa décision.

E8/L45-46 « Prendre les décisions rapidement. Gérer l'incertitude sans passer trois plombs. »

E2/L40-41 « voir un patient dans sa globalité »

E3/L140 « Savoir prioriser les demandes. »

E4/L33 « Il faut savoir s'adapter aussi. Etre malléable. »

E4/L34 « savoir s'adapter à la patientèle. »

E2/L34 « vérifier les recos, »

E9/L44 « Mais là, c'est vraiment le problème social et familial qui est un peu trop prenant. »

E8/L245-248 « A l'inverse, il y deux ou trois fois où les gens n'avaient pas grand-chose et où je les ai faits hospitaliser. Et effectivement, c'étaient des choses assez graves. Donc, je crois qu'au bout d'un moment, on a ce ... On ressent mieux les choses. »

f) Savoir gérer des problèmes de santé non sélectionnés

Selon les propos des interrogés, un médecin généraliste devait savoir gérer des problèmes de santé, non sélectionnés, programmés ou non, quelles que soient les caractéristiques de son patient (âge, sexe...). De par son exercice de soins primaires, le médecin généraliste donnait, selon eux, des soins non sélectionnés et devait savoir prendre en charge des urgences réelles ou ressenties. Il était alors parfois amené à prendre en charge des gens sains et devait être capable de prendre en charge une grande variété de demandes d'origines somatique ou psychologique.

E3/L143 « la médecine générale,... Etre le premier rempart,... Les soins primaires, »

E3/L144-146 « C'est vrai que des fois, on se retrouve un peu désarmé ou un peu étonné des demandes qu'on peut avoir au cabinet de médecine générale. Qui des fois ne touchent pas du tout au domaine de la médecine et du soin. »

E8/L210-212 « Là, c'est ça qu'il faut essayer de gérer. Qu'est ce qui est grave ?, qu'est ce qui n'est pas grave? Qu'est-ce qu'on traite ?, qu'est-ce qu'on ne traite pas? »

E6/L118-119 « Où on passe du jeune au vieux, »

E2/L73-75 « les choses sur lesquelles c'est difficile de faire l'impasse. Donc, les urgences, gynéco-pédia et la médecine générale. »

E6/L187-188 « Parce qu'on fait beaucoup de psychologie en médecine générale, tous les jours. Et on a zéro formation psychologique à Brest. »

g) Savoir coordonner les soins de ses patients

Pour les interrogés de cette étude, un médecin généraliste devait savoir travailler en réseau, gérer et synthétiser les avis des différents acteurs de soins dans sa propre prise de décision.

E4/L162-164 « ça m'a permis de créer un réseau, un lien avec des spécialistes que j'utilise par la suite. Maintenant en fait. Et qui m'est bénéfique pour demander des avis, pour adresser des patients. »

E5/L37-38 « Savoir faire appel à ses confrères aussi. Chercher de l'aide. Ne pas rester dans son truc, s'il y a une question que tu ne peux pas répondre tout seul, où tu hésites. »

E2/L127-130 « Parce que je suis dans la cour des grands et que c'est à moi de... J'ai plus personne au-dessus de moi pour me... vers qui me... plus personne au-dessus pour me chapeauter entre guillemet. En même temps, en cabinet de groupe, on a du monde autour ce n'est pas ça mais la décision elle vient de nous quoi. »

E4/L31 « Autonomie »

h) Savoir suivre ses patients dans le temps

Les médecins interrogés exprimaient dans leurs propos que le temps est un facteur important à prendre en compte dans la prise en charge du patient en médecine générale. Le temps était alors décrit comme un élément aidant à la prise de décision ainsi qu'au suivi évolutif des pathologies.

Selon eux, un médecin généraliste devait savoir utiliser le temps comme aide diagnostique et thérapeutique.

E2/L31-33 « Ne pas hésiter à faire revenir les gens. Parce qu'il y a des choses sur lesquelles tu ne peux pas tout penser quand tu es en consultation immédiatement et des choses auxquelles tu repenses »

E2/L82-85 « à l'hôpital on a facilement les examens complémentaires, facilement les avis du fait de la proximité des spécialités. Et je pense qu'il faut savoir, après quand tu passes en médecine générale, temporiser un peu les choses. »

Il devait aussi savoir suivre ses patients dans la durée et gérer des pathologies chroniques.

E4/L133-134 « Et le suivi chronique d'un médecin généraliste c'est sa base de fonctionnement et on ne nous l'apprend pas. »

E7/L21-22 « Un patient que j'ai revu après. Et que j'ai pu suivre durant sa chimiothérapie après. »

i) Avoir un rôle de prévention

Selon les médecins généralistes interrogés, une des compétences nécessaire à l'exercice de leur profession était d'avoir un rôle de prévention. Le médecin se devait de proposer à son patient des actes de prévention individuels ou collectifs. Ces actes pouvaient être inclus au sein de consultations réalisées pour d'autres motifs.

E2/L41 « penser à de la prévention »

E2/L41-42 « si quelqu'un vient me voir pour un renouvellement, systématiquement je vérifie les vaccins »

E2/L42-43 « les tests de l'ADEC. »

j) Avoir un rôle d'éducation

Une autre des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale était, selon les médecins interrogés, de savoir jouer un rôle d'éducateur en terme de santé, de conseiller pour les patients.

E3/L140-141 « *Savoir éduquer les gens.* »

E3/L141(2) « *les conseiller* »

k) Avoir des compétences axées sur l'exercice professionnel

Il ressortait des données issues des entretiens que dans l'objectif de pouvoir exercer sa profession, un médecin généraliste se devait de savoir actualiser ses connaissances, gérer son outil de travail et gérer son entreprise.

Dans le but d'améliorer ses connaissances et ses compétences à exercer, un médecin généraliste devait alors savoir se remettre en question ainsi que repérer les limites de sa prise en charge. Il devait ensuite être capable de se remettre à niveau par la réalisation de recherches documentaires utilisant les moyens dont il disposait.

E2/L38-39 « *La remise en question. Etre capable de se remettre en question.* »

E9/L206-208 « *Mais, des fois, on se plante. Et il faut savoir comprendre où on s'est planté. Ne pas aller trop vite. Décortiquer, en sachant que ça il faut continuer à le travailler, pour ne pas être trop confiant non plus* »

E4/L26-27 « *Et où même j'ai dû annuler le rendez-vous parce que j'ai dit que je ne savais pas le faire forcément.* »

E8/L41-42 « *C'est à dire qu'est-ce qu'on veut faire ?, qu'est-ce qu'on est capable de faire ?* »

E9/L31-32 « *J'ai hospitalisé la patiente parce que ça devenait impossible à la maison.* »

E4/L126-127 « *On est obligé de se documenter, de se mettre à jour en permanence et de revoir les choses.* »

E9/L199-200 « *je sais que j'ai besoin de continuer à me former. Que ce soit parce que la médecine évolue ou parce que j'ai besoin de me remettre en question.* »

E3/L115-117 « *Il y a les recherches personnelles aussi. Il y a aussi, éventuellement, les recommandations, la reprise de certains items de la faculté et de l'internat* »

E6/L138-139 « *Et sinon, je vais souvent sur internet. Dès que je ne sais pas quelque chose, je vais chercher sur internet.* »

Les propos recueillis révélèrent également que pour être un professionnel compétent, le médecin généraliste devait être capable de gérer son outil de travail. Il devait savoir mettre en place un dossier médical pour assurer le suivi de ses patients et savoir organiser sa pratique pour pouvoir être disponible pour les patients. Il devait également s'assurer de maintenir un équilibre entre vie professionnelle et vie de famille.

E8/L61 « *Donc, un dossier informatique, indispensable et bien construit.* »

E3/L164-165 « *gérer un secrétariat, de gérer des appels en continu sur la journée...En même temps de voir ses malades, de faire sa comptabilités.* »

E7/L31-33 « *l'organisation, ça me paraît être primordial pour pouvoir voir un nombre suffisant de gens et être disponible. Et en même temps que ça s'organise bien. Ne pas passer des consultations de trois quart d'heure, une heure. Il faut réussir à être efficace en un temps correct.* »

E8/L50-52 « *Et il faut poser ses limites dès son installation. Limites au niveau des horaires, au niveau de son mode de fonctionnement, au niveau de ses jours de congés, au niveau de sa façon de fonctionner.* »

E3/L36-38 « *pour être efficace au quotidien et exercer au mieux, il faut pouvoir être suffisamment reposé, avoir Être de bonne humeur.* »

Selon les interrogés, avoir des compétences en terme de gestion d'entreprise était nécessaire à un médecin généraliste pour exercer son activité ambulatoire. Pour cela, les médecins devaient, selon

eux, être en mesure d'assurer les contraintes administratives et comptables liées à leur activité ainsi que de gérer des relations avec du personnel salarié.

E2/98-99 « on est aussi entre guillemets chef d'entreprise après quand on s'installe. »
E3/L128-129 « Mais, si on ne tient pas bien sa boutique, je ne suis pas sûre que l'on fasse de la bonne médecine... »
E8/L219-222 « Si, c'est vraiment ce que je te dis, c'est la gestion administrative et financière. Et toutes les contraintes qu'on a en médecine générale. Ça, on n'en parle pas tant que ça, tu vois. Et comment va évoluer la médecine générale, ça on ne nous en parle pas trop. Là, c'est en train de vraiment changer. C'est important de savoir tout ce qui est CARMF, URSSAF... »
E4/L171-172 « Parce que c'est l'inconnu, on ne sait pas comment faire. Et le problème aussi, c'est savoir gérer un cabinet »
E2/L96-97 « Savoir gérer par exemple les secrétaires »

C. La qualité de la formation médicale initiale selon les interrogés

Seulement un des médecins interrogés exprimait le fait d'avoir été globalement correctement formée.

E9/L242-243 « Je trouve, que finalement, on n'est pas trop mal formé tout de même. »

D'autres médecins interrogés exprimaient quant à eux uniquement le fait que la formation théorique, lors de leur cursus, était de qualité.

E1/L83 « On nous apprend pas mal à être assez méthodique dans notre formation »
E7/L84 « Les neuf ans d'étude, ça m'a permis d'avoir la théorie déjà sur la médecine »
E7/L88-90 « C'est surtout la théorie. Les cours qu'on a eus. L'acquisition de connaissances, c'est quand même indispensable pour être un bon médecin. »
E3/L135-137 « Alors la compétence théorique, c'est vrai qu'à la fin du DES, moi je pense, qu'on sait théoriquement. On sait faire »

La formation pratique était vue comme permettant d'acquérir une habilité relationnelle et une capacité à la gestion d'une grande variété de pathologies.

E3/L98-100 « La formation médicale initiale permet d'être au contact avec les malades. Et d'avoir cette habitude, cette disposition, à être avec des personnes fragilisées »
E3/L101-104 « Donc, la formation médicale initiale, elle permet de faire face à toutes les situations. Enfin à certaines situations... Et notamment les situations les plus critiques au point de vue de la santé des individus. Et des situations d'urgences, des situations très délicates. »
E7/L84-85 « Comment faire un diagnostic et comment traiter un patient ».

Lors des entretiens, il avait été exprimé le fait que la petite taille de la faculté de Brest était un autre facteur de la qualité de la formation. Cette faculté à dimension « humaine » permettait alors une interaction accrue entre internes ainsi qu'avec les équipes enseignantes.

E4/L189-190 « Parce ce que c'était une plus petite fac où on était moins jeté dans l'eau, avec trois cents personnes par promotion »
E4/L179-180 « On avait l'occasion de se voir régulièrement en parlant des cours, des stages »
E4/L194 « l'ambiance conviviale de la fac, même avec les professeurs aussi »

D. Le premier cycle vu par les médecins interrogés

Le premier cycle était utile pour certains des interrogés. Il permettait, selon eux, d'acquérir des connaissances théoriques sur le fonctionnement du corps humain. Ces connaissances étaient qualifiées par les médecins ayant répondu à l'étude d'utiles à la pratique de la médecine générale.

E4/L43 « Les deux premières années, c'est théorique. »

E6/L68-69 « L'intérêt du premier cycle, c'est toutes les bases. C'est apprendre ce que c'est un corps humain, la physiologie. »

E8/L82-83 « Première étape, on apprend des choses qui ne sont pas vraiment de la médecine. C'est plutôt de la physiologie, de la biologie. »

E4/L111-113 « Avoir les bases. Sur la pratique. Et même les cours théorique qu'on a en première et deuxième années, on dit certainement que ça ne sert à rien mais moi je n'ai pas l'impression. Car je les utilise toujours maintenant. »

Pour d'autres, par contre, ce premier cycle ne servait à rien pour un médecin généraliste, puisque l'enseignement n'était pas adéquat avec la pratique ou n'était pas resté ancré profondément en mémoire.

E6/L121-122 « Premier cycle, mes bases d'anat... Elles sont floues et ne doivent pas être très présentes. »

E8/L187-188 « Alors, ça je ne pense pas. En dehors pour avoir les bases d'anatomie. Mais d'anatomie, sur ce qu'on a appris, en première et deuxième années, je ne crois pas qu'il nous reste grand-chose. »

E8/L71-72 « Première et deuxième années, on apprend tout et n'importe quoi. C'est du bourrage de crâne qui ne nous servira jamais. »

E1/L57 « informations. Dont plus de la moitié n'est pas en rapport avec ce que l'on va faire plus tard. »

Ainsi, la première année était vue, par certains médecins interrogés, uniquement comme un moyen de sélection de personnes ayant de bonnes capacités de mémorisation.

E1/L56-57 « Première année, ça va être de la sélection sur celui qui est capable d'emmagasinier le plus d'informations »

E2/L51 « première année : sélection d'entrée »

E7/L53 « La première année, c'est un concours un peu bête et méchant. »

E9/L70 « la première année où c'est donc un concours. »

La vision de la seconde année était également variable en fonction des médecins ayant répondu à cette étude. Elle était vue comme inutile par certains alors qu'elle paraissait nécessaire à d'autres.

E7/L53-54 « La deuxième année, je trouve qu'elle ne sert pas à grand-chose. »

E2/L51-53 « Deuxième année, c'est la continuité de la première année où tu as juste un stage de découverte infirmier. C'est un premier contact avec le monde de la santé. »

E9/L72-75 « Après, il y a la deuxième année, qui est une année un peu encore où on apprend des sciences fondamentales. L'anatomie, la physique, je ne sais pas, la biologie etc... Et on n'est pas encore trop dans le vif du sujet. Et on est sensé encore apprendre les bases »

Synthèse :

Les avis étaient contrastés quant à l'utilité du premier cycle de la formation médicale initiale pour la pratique de la médecine générale. Pour certains, ce cycle était utile à l'acquisition de bases théoriques alors que pour d'autres, celles-ci ne paraissaient pas nécessaires. Ce cycle était alors vu uniquement comme la porte d'entrée vers la formation médicale. Cette idée avait été exprimée,

consciemment ou non, par une des interrogés lorsque le chercheur lui avait demandé de décrire sa formation et qu'elle avait débuté directement par le second cycle. Ce point avait d'ailleurs été précisé par une question du chercheur.

E5/L47(1) « *On commence d'abord par l'externat* »

E5/L62-64 « *Et est-ce que le premier cycle, les deux premières années ont un rôle dans la formation médicale initiale? C'est tellement loin. Et je n'en ai guère souvenir. (Rire) Donc, c'est que non...* »

E. Le second cycle vu par les médecins interrogés

Lors de leurs entretiens, les médecins interrogés exprimaient que la formation pratique de la médecine lors du second cycle était à orientation hospitalière.

E2/L58-59 « *Ensuite quatrième, cinquième, sixième années, t'as des stages d'externat. Où là, tu es le matin à l'hôpital* »

Selon eux, la formation de second cycle permettait au futur médecin d'acquérir des compétences cliniques utiles pour leur exercice futur. Les étudiants y apprenaient alors la sémiologie, puis à réaliser un examen clinique.

Ces connaissances étaient vues par les interviewés comme pouvant servir de base à la pratique quotidienne.

E1/L60 « *Après, pour les trois, quatre, cinquième années, c'est la mise en place de la sémiologie* »

E6/L122 « *Le deuxième cycle, vraiment pour l'examen clinique...* »

E8/L194-198 « *De savoir examiner les gens, au moins au niveau du point de vue sémiologique. Donc ça, c'est indispensable. Je pense vraiment, à mon avis, ce cycle-là doit servir à faire les examens. Trois, quatre, cinquième années, faut savoir faire un examen neuro, un examen pédiatrique, un examen gynéco, un examen... Pour au moins avoir la sémiologie en tête parfaitement quoi.* »

E4/L46-48 « *Et moi, j'ai trouvé que c'est assez bénéfique. Car on est vite mis dans le bain. On a appris l'examen clinique assez rapidement. Et finalement l'examen clinique que j'ai appris dès la troisième année dans mes stages, et jusqu'à la sixième année, je l'utilise encore aujourd'hui.* »

E6/L114-115 « *le deuxième cycle. Parce que c'est la clinique. Et c'est vraiment là-dessus que moi j'appuie ma pratique. Sur l'examen clinique...* »

Ils rapportaient aussi que cette formation pratique de second cycle permettait d'acquérir de l'expérience et d'apprendre à être au contact de patients.

E7/L46-47 « *Ça nous permet d'acquérir aussi le métier sur le terrain, de faire des gardes etc...* »

E8/L193-194 « *Même si souvent tu ne fais pas les choses les plus intéressantes. Mais ça te permet de prendre un peu d'assurance.* »

E8/198-199 « *Et ouais, premier, deuxième cycles ça sert à se sentir à l'aise avec le patient et à l'aise dans son examen clinique* »

Cette formation hospitalière, selon eux, se déroulait en petits groupes supervisés par un médecin hospitalier. La qualité de cette formation était fonction de la taille du groupe ainsi que de la qualité de la supervision de ce médecin « sénior ».

E1/L58-59 « Et on était pris en charge par des chefs. A priori, plus qu'à Brest. »

E4/L184-185 « Le fait qu'en stage on n'était pas trop nombreux. A notre époque, en tout cas, on n'était pas trop nombreux. Il y avait deux ou trois externes maximum par médecin »

E4/L187 « Il y avait peu de gens en stage et des médecins disponibles »

E4/L185-186 « Ce qui n'est plus du tout le cas. Maintenant, ils sont une dizaine. »

Lors du second cycle, l'enseignement pratique était, selon eux, couplé au théorique sous la forme d'une formation en alternance se déroulant par module centré sur une spécialité d'organe.

E2/L54 (2) « Et en alternance, tu as des stages »

E3/L48-49(1) « On se rend à l'hôpital le matin. Et on continue sa formation théorique l'après-midi ».

E5/L49-51 « Et donc, sur les différents cycles, tu as des modules de cours. Et en fonction de ces modules, on a des stages associés. Par exemple, module cardiologie, on a plus des stages de cardiologie. »

Ces enseignements théoriques regroupés par modules permettaient d'acquérir des connaissances poussées sur la plupart des spécialités médicales. Ces connaissances se basaient sur la physiopathologie des maladies et étaient, d'après eux utiles, à l'exercice médical quotidien.

E7/L45-46 « Et où on étudie les différentes matières. »

E8/L73-74 « Et puis quatre, cinq et sixième années, l'externat. Où on apprend chaque matière dans le moindre recoin. »

E6/L69-71 « Et après le deuxième cycle, on comprend qu'il y a des pathologies. Et on nous les fait comprendre à partir de la physiologie je pense. »

E8/L190-193 « Après la troisième, quatrième, cinquième années, quand on est externe, ça c'est indispensable. Parce que je ne pense pas que tu puisses arriver devant un patient comme ça, directement, sans avoir fait de processus d'apprentissage. »

Ils évoquaient que ces connaissances acquises lors du second cycle servaient de base à l'enseignement des différentes spécialités lors du troisième cycle.

E9/L78-80 « Et donc toutes ces matières, que l'on doit potasser, nous permettent de préparer l'internat. Enfin, le concours des ECN, examens classant nationaux, qui sont sensés être la base de... En connaissance et en réflexion de toutes les spécialités, en gros ».

Cette formation de second cycle était critiquée par certains des médecins interrogés.

Selon eux, la formation médicale était orientée vers une pratique hospitalière. Elle n'était pas adaptée à la médecine générale.

E2/L80-84 « Parce que la pratique hospitalière et la pratique ambulatoire, de ville, sont totalement différentes. Et parfois tu es un peu paumé lorsque tu débutes en médecine générale. Par exemple, à l'hôpital on a facilement les examens complémentaires, facilement les avis du fait de la proximité des spécialités. »

E4/L62-63 « on veut choisir notre discipline et on se rend compte qu'on n'a pas fait de médecine générale, en fait. On a fait que de la pratique hospitalière. »

E4/L127-129 « C'est vrai qu'il y a beaucoup de choses qu'on a apprises dans la pratique et dans la théorie à l'hôpital, ce n'est pas un défaut, mais qu'on n'appliquera jamais dans notre pratique de médecine générale. »

E4/L52-53 « C'est vraiment très spécialisé par organe, pour l'hôpital. »

De même, la formation théorique ne semblait pas adaptée, pour les médecins interrogés dans le cadre de cette étude. Celle-ci abordait, selon eux, essentiellement la pratique hospitalière.

E4/L50-51 « Après, pour la théorie a été un peu trop orientée au niveau hospitalier. Et ça a été un peu le point faible de la formation. »

E4/L145-146 « Et c'est le problème. C'est que le cursus est adapté à l'hôpital, à la pratique hospitalière, au moins sur le premier et deuxième cycles. »

E8/L27-28 « Et qu'on n'apprend pas les points à retenir, vraiment orienté médecine gé »

Les enseignements théoriques ne leur paraissaient pas adaptés à la médecine générale. Ils étaient perçus comme trop poussés sur certains points et n'abordant pas des pathologies que l'on pouvait rencontrer en pratique ambulatoire.

E8/L35-37 « je trouve que souvent, on est allé trop loin dans les trucs. Et qu'on ne retient pas l'essentiel. Et qu'on se perd là-dedans. »

E8/L105 « Tu n'as pas besoin de tout savoir. »

E4/L129-130 « Et donc en fait, c'est peut être un surplus de cours, de pratique, de théorie qui... Un excédent, qui ne sert à rien par la suite »

E4/L71-75 « C'est à dire qu'il y a des situations très fréquentes, qu'on retrouve dans la pratique, par exemple les infections ORL, qui sont notre quotidien en pratique générale et dont on n'a presque aucun cours. Et c'est le genre de choses qu'il faudrait peut-être développer. Vraiment la bobologie de la médecine générale »

Pour un des interrogés, l'enseignement de second cycle n'était pas assez structuré et ne permettait pas de réaliser une synthèse utile à la pratique de la médecine au quotidien.

E8/L76-77 « En gros, on va dans tous les sens »

E8/L83-84 « Deuxième étape, on apprend tout et trop de choses, sans jamais synthétiser. »

E8/L108-109 « On a tellement ingurgité de trucs pendant six ans qu'on n'arrive pas du tout à synthétiser et à recracher. »

A la fin de ce second cycle, les connaissances théoriques sur les différentes pathologies que l'on rencontre en médecine n'étaient pas totalement acquises.

E8/L106-108 Et arrêter, à partir du troisième cycle, de faire... Souvent on nous dit: "vous avez eu l'internat, vous connaissez tout de la médecine. Maintenant on va être juste sur une approche sociale, psychologique et machin." Et je pense que ce n'est pas vrai.

De plus, lors de ce second cycle, il n'existait selon eux, pas de contact avec la pratique de la médecine générale. Le premier contact ne s'effectuait que lors du stage ambulatoire de niveau 1 lors du troisième cycle.

E3/L159-165 « il n'y a pas assez de médecine ambulatoire, de soins primaires. Enfin, pas assez de temps. Mais je ne pense pas que ce soit spécifique à Brest. Je pense que c'est la formation qui veut ça. C'est à dire que si on veut faire de la médecine générale, il faut déjà passer en stage chez le médecin généraliste durant son externat. Je sais que maintenant c'est le cas. Moi, à mon époque, ça ne se faisait pas. C'est vrai qu'avant de passer chez le praticien, donc au bout de sept ans et demi, on ne sait pas trop ce que c'est que d'aller dans un cabinet de médecine générale, de gérer un secrétariat, de gérer des appels en continu sur la journée...En même temps de voir ses malades, de faire sa comptabilité »

Synthèse

Selon les propos des médecins interrogés, bien que très riche au niveau théorique et qu'utile au niveau de la pratique, cette formation de second cycle n'était que peu adaptée à la pratique de la médecine générale.

L'enseignement pratique et théorique de la médecine au second cycle était présenté par les médecins interrogés comme à visée hospitalière, morcelé, pluridisciplinaire, non structuré, trop poussé sur certains points et incomplet sur d'autres.

Certains des interrogés proposaient même de réorienter l'enseignement du second cycle vers la pratique ambulatoire.

E4/L64-66 « Les compétences, on les a. Mais pas appliquées à la médecine générale. Donc, c'est un peu le troisième cycle qui a servi à ça. Et qui en mon sens, aurait pu être un peu plus impliqué dans le premier... dans le deuxième cycle pardon. »

E4/L116 « Développer plus la pratique en milieu de médecine générale avant la sixième année. »

F. Le troisième cycle vu par les médecins interrogés

Selon l'un des médecins interrogés, il s'agissait de l'étape la plus importante de la formation d'un médecin généraliste.

E8/L84 « Et la troisième étape qui serait, à mon avis, la plus importante en médecine gé »

Selon les interrogés, ce troisième cycle permettait un apprentissage professionnalisant au contact direct des patients notamment en contexte ambulatoire. Cet apprentissage permettait une acquisition progressive d'autonomie.

E1/L61-63 « Et après, on arrive dans l'internat. Ça devient vraiment de l'apprentissage. On est des travailleurs et on continue à apprendre »

E3/L51-53 « Troisième cycle, c'est exclusivement l'internat. Où c'est les journées entières. Où c'est véritablement l'apprentissage du métier sur le terrain »

E7/L55-58 « Et puis après, c'est vrai quand on est interne on se spécialise. Et on est plus dans le vif du sujet. Et on met en pratique ce que l'on a appris pendant six ans. Et on se forme concrètement à un métier durant le troisième cycle. »

E7/L87-88 « J'ai l'impression d'avoir globalement appris mon métier depuis que je suis interne. Depuis le troisième cycle. »

E4/L146-147 « Et le troisième cycle, on apprend la pratique de médecine générale »

E3/L77 « apprendre de l'exercice libéral et de l'exercice au cabinet. »

E3/L53 « C'est-à-dire auprès des patients au quotidien quoi. »

E2/L75 « le but, c'est une autonomisation progressive. »

1. Les journées de séminaires

Les séminaires obligatoires abordant la recherche en médecine générale n'étaient pas évoqués par la plupart des interrogés. Lorsqu'ils l'étaient, ils étaient décrits comme inutiles et inintéressants.

E5/L71-72 « *Les séminaires obligatoires, il ne me semble pas qu'ils m'ont apporté* »

E7/L71-72 « *En fait, les cours obligatoires de médecine générale, je ne les ai pas trouvés forcément très intéressants* »

En fonction des interrogés, la perception de l'intérêt des séminaires était très variable. Pour certains d'entre eux, la mise en place de journées permettant d'aborder la médecine générale était important alors que pour d'autres ces séminaires étaient vus comme inutiles.

E3/L156-158 « *les journées de séminaires. Et c'est tout de même important de pouvoir tous se réunir pour débattre et parler de sujets qui touchent vraiment la médecine générale* »

E3/L58-60 « *des journées de séminaires qui sont ... [...] Sur lesquelles on apprend beaucoup de choses* »

E7/L119-120 « *Sur le principe et sur le thème, les cours proposés sont assez intéressants.* »

E6/L92-93 « *Après les séminaires, il n'y en a pas assez et ils ne servent à rien.* »

E8/L77-78 « *Et puis après, la formation est, pendant l'internat, on va dire quasi inexistante. Souvent inintéressante.* »

E5/L72 « *Certains étaient plus intéressants que d'autres.* »

Selon les médecins interrogés, certains thèmes intéressants pour la pratique de la médecine générale n'étaient pas abordés par les journées de séminaires. Ils citaient alors : les médecines alternatives, l'apprentissage des gestes techniques, l'apprentissage de la communication, l'apprentissage de l'empathie, l'apprentissage de la psychologie, la gestion de la toxicomanie, l'apprentissage de réalisation d'échographie orientée vers la pratique de la médecine générale.

E6/L203-209 « *Les patients utilisent de toute façon l'homéopathie, la physiothérapie, l'acupuncture, l'hypnose... Et on a zéro formation.* »

E1/L95-98 « *C'est plus sur les gestes techniques finalement qu'on peut faire au cabinet qu'on n'est pas trop formé* »

E1/L125-128 « *Et des cours ou plutôt des séminaires ou des journées pour... Je sais qu'il existe des séminaires qui existent pour permettre de mieux connaître son comportement et de pouvoir réagir en fonction de certaines situations, des cours de communications.* »

E6/L55-56 « *L'empathie, mais ça, on ne l'apprend pas. Et il faudrait nous le faire apprendre* »

E6/L187-188 « *Parce qu'on fait beaucoup de psychologie en médecine générale, tous les jours. Et on a zéro formation psychologique à Brest.* »

E6/L196-197 « *Prescrire de la méthadone, on ne m'a jamais appris à la Fac. D'ailleurs, je n'en ai pas parlé au début. Prescrire de la méthadone ou du Subutex...* »

E9/L214-216 « *Sur les champs qui auraient pu me plaire. Là, je vais me former à l'écho clinique en médecine gé. Et ça, ça pourrait être appris dès l'externat, je pense. Et être utile dans le boulot de médecin généraliste. Ca, ça peut être un champ de compétence qu'on aurait pu explorer plus.* »

La qualité des différents séminaires était décrite par les interrogés comme variable et dépendante des intervenants. Certains intervenants étaient décrits comme manquant d'expertise sur les sujets abordés.

E8/L279-280 « Les points faibles... Les gens qui nous font les cours ne sont pas toujours très intéressants et puis les cours non plus. »

E9/L113-115 « Et pour les intervenants, c'est très variable. Je pense qu'il y a des séminaires qui fonctionnent bien et des séminaires qui sont un peu à côté de la plaque »

E6/L182-186 « Il faudrait peut-être des vrais sujets avec des vrais spécialistes. Je crois que ce ne sont que des formateurs du DUMG. Je pense que ce serait bien d'avoir des spécialistes. (Pause pour répondre au téléphone). Ce serait bien des formations, même si on est des médecins généralistes où on puisse être formé comme les formations du CHEM. Où il y a un spécialiste qui vient parler de sa spécialité. »

E9/L226-227 « des intervenants qui sont un peu, ... Comment dire?... Pas sur la même planète [...] Qui enculent un peu les mouches. Qui se font un peu mousser. Alors que les trois quart des médecins généralistes qui en connaissent beaucoup plus qu'eux, eux ne sont pas du tout comme ça »

Les séminaires orientés vers un point précis de la pratique de la médecine générale étaient perçus comme intéressants alors que des enseignements trop théoriques étaient jugés insatisfaisants par les médecins ayant répondu à cette recherche.

E8/L136-137 « Il y a des choses très pratiques que je trouve très bien moi. »

E2/L134-135 « les lacunes, je dirais les séminaires au début. C'était surtout la première année de notre internat. Trop théoriques quoi, pas suffisamment pratiques. »

E8/L85-87 « il faudrait vraiment des choses dédiées à la médecine générale. Et souvent c'est, je trouve, beaucoup de blablas sur une approche assez théorique des choses. Et le côté pratique est toujours laissé de côté »

Les séminaires réalisés sur le thème de la gynécologie ou de la pédiatrie étaient jugés satisfaisants par certains interrogés.

E6/L98 « le séminaire de gynéco qui était bien »

E7/L64-66 « la formation théorique, c'est très variable d'un cours à l'autre. Globalement, je dirais que c'était un peu inintéressant. Enfin, il y a des trucs un peu spécifique, de pédiatrie et de gynéco, des trucs précis que j'ai trouvé intéressants »

E8/L137-138 « Il y avait un séminaire de gynécologie où ils t'apprenaient comment poser un stérilet, un implanon, un machin, un truc. Ça, c'est très bien »

E8/L140-142 « Après, il y a eu quelques formations très bien. Je pense à celle de gynéco, qui était vachement bien. De pédiatrie qui était bien aussi »

Un point concernant les journées de séminaires regroupaient les critiques des médecins interrogés. La cible de ces critiques était l'absence de formation à la gestion économique et administrative d'un cabinet médical. Le séminaire portant sur le remplacement et l'installation était alors jugé insatisfaisant.

E7/L97-102 « A la fac, on nous apprend pas du tout à gérer le côté un peu business je vais dire. La comptabilité etc... Ce n'est pas du tout des choses qu'on nous apprend à la fac. Donc, ça on apprend complètement sur le tas. Comment passer une carte vitale, comment remplir un arrêt de travail... Faire la comptabilité. Donc, gérer vraiment le côté cabinet... Ça, ils ne nous l'apprennent pas du tout à la fac. Après, c'est peut être aussi des choses pratiques qui manquent ... Des questions d'URSSAF, de CARMF... »

E8/L219-222 « Si, c'est vraiment ce que je te dis, c'est la gestion administrative et financière. Et toutes les contraintes qu'on a en médecine générale. Ça, on en parle pas tant que ça, tu vois. Et comment va évoluer la médecine générale, ça on ne nous en parle pas trop. Là, c'est en train de vraiment changer. C'est important de savoir tout ce qui est CARMF, URSSAF... »

E6/L98-101 « Il y avait un séminaire qui avait l'air bien. Mais en fait ... C'était sur les remplaçants et les trucs URSSAF, les cotisations, les frais. Tout ce qu'on doit faire quand on remplace ou on s'installe. C'était trop brouillon. »

Une autre critique adressée aux journées de séminaires était liée aux difficultés de participation aux sessions pouvant intéresser les médecins interrogés. Ces difficultés selon eux étaient liées au manque de place lors des séminaires ou à des problèmes d'organisation liés au lieu de stage.

E5/L132-133(1) « Déjà, quand il y avait des séminaires, on ne les a pas eu tous. Quand on voulait s'inscrire on ne pouvait pas. »

E8/L76-81 « Et puis après, la formation est, pendant l'internat [...] Et souvent difficile à faire car souvent les stages ne nous lâchent pas. Parce qu'on n'a pas le temps. Parce qu'on est en stage à Quimper et qu'il faut aller à Brest. Parce qu'on était de garde la veille et que ça nous embête de les faire sur notre jour de repos. Ou parce que dans nos stages on ne veut pas nous lâcher. »

Un des interrogés proposait d'instaurer une hiérarchisation basée sur l'avancée dans le cursus de troisième cycle couplée au semestre en cours quant à la réalisation des séminaires. Il proposait également de mettre en place un séminaire de « débriefing » après le stage ambulatoire de niveau permettant de renforcer l'apport de ce semestre.

E8/L149-155 « Par exemple, sur les premiers séminaires, savoir comment on remplit une feuille de soins, parler de comptabilité, parler d'arrêt maladie, de machin . Tu t'en fous quand tu es en premier semestre et que tu es aux urgences, en pédiatrie ou machin. Par contre, après le stage Prat je crois que c'est le genre de formation... Tu vois, on a tous eu des questions comme ça après le stage Prat. Je pense qu'il faudrait des formations beaucoup plus concrètes. Vraiment sur la médecine générale. Etre plus ciblé. Peut-être pas rendre ça obligatoire mais faire ça par pallier en fonction de l'année d'avancement »

E8/L155-160 « Pour les prat et les SASPAS faire un truc vraiment basé médecine gé. Et pour les autres, vraiment faire de la pratique. De la pédiatrie en pratique, parce qu'on voit toujours les mêmes choses en pédiatrie. Et si ça dépasse nos compétences qu'est-ce qu'on fait? Où on adresse? Qu'est-ce qu'il se passe? Comment on priorise les examens? Parce que, encore une fois, on n'est pas à l'hôpital, où on peut avoir le scanner, l'écho, l'ECBU tout de suite... »

E8/L145-148 « Et je pense même, que les formations de médecine générale devraient être beaucoup plus nombreuses, juste après le stage Prat. Je pense à une espèce de séminaire d'une journée où ceux qui ont fait leur stage Prat se retrouvent et posent toutes les questions qu'ils ont à la fin de leur stage ».

Les médecins interrogés lors de cette recherche proposaient également des modifications à opérer pour rendre les formations de séminaires plus efficaces par rapport à la pratique.

Ils proposaient la création de nouveaux types de séminaires utilisant des jeux de rôles plutôt que la concertation en groupe pour organiser les journées de séminaires.

E8/L224-226 « Comment on gère une consultation...Euh,... Ce serait bien, sous type de jeux de rôle, de voir comment on gère une consultation un peu typique. Parce qu'au début, on perd un temps fou. Tout ce qui est vraiment pratique »

Une autre proposition de modification de l'organisation des séminaires, qui était ressortie des entretiens, concernait la mise en place d'enseignements en lien avec d'autres professions de santé afin de renforcer la qualité de la formation.

E6/L195-196 « Faire des formations avec les kinés. Faire des formations avec des pharmaciens. Voir si ce que l'on fait c'est bien ou pas »

Des médecins ayant répondu à cette étude auraient aimé que soit mis en place un enseignement reprenant les connaissances issues du second cycle de manière synthétique et orientée vers la pratique de la médecine générale.

E6/L193-195 « Je pense qu'on devrait reprendre les cours du deuxième cycle et les remettre un peu au troisième cycle, sur la clinique et les médicaments, les traitements, les prises en charge. »

E8/L30-31 « Mais durant la formation liée à la médecine gé, je trouve qu'on devrait refaire trois heures de cardiologie. La cardiologie pour les médecins généralistes quoi. »

E8/L99-103 « Vu qu'on est orienté pour la médecine générale. Ce serait, à un moment, de reprendre des fiches synthèses ou de revoir avec des professeurs de cardio, de pneumo, de machin etc... Mais de voir les choses importantes. Je pense que ce qu'il faut savoir de cardiologie en médecine générale ça tient sur une copie double recto verso. En quatre pages à mon avis. En pneumo pareil. En dermato sur une page. »

Selon d'autres interrogés, il aurait fallu modifier l'organisation de la journée de séminaires en elle-même. Pour eux, il aurait fallu moins de réflexion en groupe et plus d'enseignement permettant de répondre aux interrogations des étudiants.

E7/L121-124 « C'est peut-être la mise en place des cours qui devrait être différente. Peut-être présenter un peu moins sous forme de cas clinique. Peut-être centrer sur un sujet ou sur un point plus pratique de médecine générale »

E8/L142-145 « Mais, il faut vraiment que les intervenants sachent qu'ils ne s'adressent plus à des externes et pas à des spécialistes non plus. Et qu'ils se mettent bien en tête que c'est vraiment de la médecine générale. Et que ce qu'on attend vraiment de ça, ce sont des réponses à des questions toutes simples. »

2. Les formations extra-universitaires

Selon les médecins ayant répondu à l'étude, le recours à des formations médicales extra-universitaires améliorerait la formation médicale initiale. Celles-ci permettraient ainsi d'aborder des thèmes non explorés par l'enseignement facultaire.

Parmi ces formations extra-universitaires, celle organisée par le CHEM étaient, selon les médecins interrogés, de bonne qualité et orientée vers des sujets intéressants pour la pratique de la médecine générale ambulatoire. Ces formations du CHEM devraient, selon eux, inspirer la formation universitaire.

E5/L76-77 « Moi, le CHEM, j'en ai fait en tant que rédactrice. Et j'aimais bien la façon de travailler avec le CHEM »

E4/L82-84 « moi j'ai été mis en relation avec le CHEM parce que je le voulais. C'est un cours de formation extérieur. Et on se rend compte que c'est très bien et qu'on pourrait développer ce genre de choses »

E6/L102-103 « j'ai fait des formations au CHEM surtout... Et c'était bien. Car on choisit vraiment le sujet qui nous plaît. Et les sujets sont plus axés sur la clinique. »

E7/L75-76 « J'ai fait quelques formations CHEM qui étaient super intéressantes. »

Ces formations étaient perçues comme utiles en complément du cursus universitaire qui ne pouvait couvrir l'ensemble des connaissances nécessaires à la pratique. De plus, elles permettaient, selon les interviewés de l'étude, d'habituer les étudiants à la remise à niveau de leurs connaissances par la formation médicale continue.

E9/L149-151 « Parce que c'est un bon moyen de se lancer dans ce que l'on fera plus tard. C'est ça en fait. Souvent les internes qui commencent à faire de la formation lorsqu'ils sont internes du coup ils connaissant les circuits pour se former après. Du coup, c'est plus facile pour continuer après. »

E9/L152-153 « Après, ça complète. Vu que la fac ne peut pas fournir tous les thèmes... »

Un des interrogés regrettait juste que les étudiants ne soient pas orientés par un enseignant du DUMG dans la réalisation de ces formations extra-universitaires.

E4/L84-86 « il n'y a pas vraiment de lien avec la faculté et qu'on doit... En fait qui veut se former se forme. Et les gens qui ne savent pas forcément que ça existe n'auront pas forcément le bénéfice de ça. »

E4/L81-82 « Sur les cours à l'extérieur de la faculté... En fait on n'est pas guidé. C'est vraiment chacun qui y va s'il a envie et c'est vraiment dommage »

3. L'enseignement théorique centré sur les apprentissages de l'interne

a) Le tutorat

Le tutorat était perçu comme devant servir de guider aux étudiants dans leurs acquisitions. Les tuteurs étaient, selon les interviewés, des médecins généralistes en exercice.

E9/L85-86 « Sachant qu'on est coaché par des tuteurs qui sont des médecins généralistes. Et tout cas pour la médecine générale. Ce qui permet d'avoir déjà un pied dans la vie d'après quoi. »

Là encore, l'opinion des interrogés était très variée. Certains avaient adhéré et apprécié ce mode d'apprentissage alors que d'autres n'en voyaient pas l'utilité. Le facteur responsable de cette différence de points de vue semblait être l'influence du tuteur ainsi que la qualité de l'interaction entre le celui-ci et l'étudiant. La charge de travail liée aux différences de tuteur semblait très variable en fonction du tuteur selon les médecins interrogés.

E2/L85-86 « Les tutorats individuels et en groupe j'ai bien aimé car j'avais un bon contact avec ma tutrice, donc c'était très agréable »

E6/L95-96 « J'ai préféré les tutorats. Je trouvais que j'apprenais plus avec mon tuteur sur le cas clinique qui m'avait posé problème. »

E4/L102 « Les tutorats, moi, j'étais assez impliqué »

E5/L139-141 « au niveau des tutorats et des RSCA, elle n'en avait rien ressorti car sa tutrice voulait que les récits soient tournés et analysés sur le versant psychologique de la prise en charge essentiellement ».

E7/L126-130 « Et la façon dont sont faits les RSCA... Comme tous les médecins n'ont pas la même façon d'aborder la chose et de corriger... Donc, si on compare tous les RSCA de tous les gens, personne n'a la même façon d'aborder ça. Du coup, ce n'est pas du tout uniforme. Et il y a des médecins exigeants qui vont demander beaucoup de travail et d'autres pas du tout. »

E8/L125-126 « Les RSCA, c'est pareil, on ne s'attache jamais... En tout cas, moi, dans mes groupes de RSCA. C'est peut être différent en fonction du tuteur. »

E9/L124-127 « Et mon tuteur était nul. Il ne m'a servi à rien. Ce n'est pas du tout lui qui m'a fait progresser ou fait des synthèses sur mon attitude en stage ou mon attitude dans mes cas cliniques. Donc, je pense que l'hétérogénéité est intéressante mais ne sert pas certains tuteurs ou internes »

E1/L76-77 « Le tutorat individuel, je dois dire que je n'ai pas été très assidu là-dedans et je n'ai quasiment pas eu de contact avec mon tuteur »

E7/L125-126 « Et les RSCA, je ne suis pas forcément convaincue non plus. C'est vrai que nos tuteurs, je n'ai pas l'impression qu'on les connaisse vraiment bien »

b) Les Récits de Situation Complexe Authentique

Les avis des médecins rencontrés pour ce travail divergeaient sur les RSCA. Il y avait d'un côté ceux pour lesquels les RSCA étaient intéressants, plaisants et utiles pour l'acquisition de compétences pratiques. Et de l'autre ceux pour lesquels, ces récits étaient qualifiés d'inutiles et mal construits puisqu'ils n'utilisaient pas un raisonnement principalement biomédical et pouvaient ne pas être le reflet de situations concrètes. Ces récits étaient d'ailleurs qualifiés « d'histoires bancales ».

E3/L65-66 « Je trouve que c'est une démarche intellectuelle qui est intéressante »

E4/L102-103 « Je faisais assez rigoureusement les RSCA. Je me documentais etc... Quand je les faisais, je prenais du plaisir, j'aimais bien »

E4/L104-105 « On doit travailler de façon autonome, ce qui est bien parce qu'on va vers la formation »

E9/L133-136 « C'est quand même un outil qui est pas mal pour voir si l'interne est capable de se remettre en question. Même si quelqu'un a un peu inventé son RSCA, il a tout de même creusé le sujet. Il a essayé de voir comment il aurait pu mieux faire. »

E8/L120(1) « Les RSCA... Typiquement, ça ne sert à rien »

E8/L126-129 « On s'attache jamais au côté médical des choses quoi. Tu vois, c'est toujours des histoires bancales, abracadabrantiques, des souvenirs de guerre qui font marrer tout le monde. Mais ce n'est jamais une histoire concrète. On ne répond jamais aux questions. »

c) Les Groupes d'Echange et d'Analyse de Pratique Tutoré

Ces groupes étaient qualifiés lors de certains entretiens comme un moment de réflexion et de partage entre pairs permettant de relativiser les difficultés rencontrées.

E2/L87 « C'était un moment où on pouvait échanger sur nos stages, nos difficultés »

E3/L62-64 « L'organisation des groupes de tuteurs : je pense que c'est une organisation qui est correcte et qui est à maintenir. On travaille sur des problèmes et des cas cliniques qu'on rencontre de façon courante et quotidienne. »

E7/L133-134 « sur le principe de retrouver des collègues et de discuter sur des sujets, c'est plutôt bien »

E5/L95-96 « par rapport aux RSCA et tout ça... C'est plus me conforter dans l'idée que tout le monde se pose des questions »

Pour d'autres, ces groupes étaient perçus comme inutiles et mal organisés.

E6/L106-107 « D'aller en groupe, parler devant tout le monde, ça ne m'a jamais apporté »

E7/L68-70 « Mais, après, je trouve ça un peu pompeux, un peu... On pourrait faire plus simple. Mais, je trouve le principe de se retrouver intéressant mais qu'on pourrait se retrouver sans faire pour autant des gros PowerPoint et voilà... »

d) Portfolio

Dans les propos recueillis, le portfolio était vu uniquement comme un moyen de suivre la formation et de valider le DES sans faire de mémoire. Cette méthode paraissait ne pas être rigoureuse du fait qu'elle semblait falsifiable. Le portfolio n'était pas vu comme utile pour la pratique médicale future.

E8/L120(2) « C'est juste pour dire qu'il y a un suivi de formation. »

E9/L137-138 « Je pense que c'est un moyen comme un autre. Je pense que c'est mieux que de faire un mémoire sur autre chose. »

E8/L282-285 « Mais voilà, on passe le DES, on peut faire semblant qu'on a des Crédits heure formation, alors qu'on en a pas... Il faut faire des trucs et on sait bien comment ça se passe. C'est... On peut passer entre les mailles du filet facilement. »

E9/L133 « j'étais docile. Je les ai faits à peu près. Je n'ai pas trop triché. »

E1/L73-74 « Tout ce qui est port folio, je ne sais pas si c'est obligatoire mais c'est super chiant. Et on va dire que je ne sais pas trop l'apport de ce genre de méthode. »

E5/L71 « Moi, je trouve que les tutorats ça ne m'a pas apporté grand-chose. »

E9/L136-137 « Mais, ça ne montre pas comment tu vas réagir dans la pratique. »

e) Propositions d'améliorations concernant la formation faites par les interrogés

Selon certains des médecins interrogés, il aurait fallu modifier le mode de fonctionnement du tutorat en privilégiant une soutenance moins collégiale, ce qui aurait permis de favoriser l'interaction le tuteur et les autres internes.

E5/L129 « L'oral, soit le faire d'une différente façon ou qu'il n'y ait plus ça »

E8/L131-134 « Peut-être se voir un peu moins souvent. Une seule fois dans l'année au lieu de deux fois. Mais en groupe plus restreint pour que les gens échangent vraiment sur leurs premières expériences à l'hôpital ou en médecine gé. Plutôt que de faire ça à quinze et que chacun présente son cas sans que personne n'écoute. »

E7/L132-133 « je pense que ce serait bien d'avoir un médecin référent avec qui on pourrait discuter un peu, sous une autre forme. »

4. L'enseignement pratique selon les médecins interrogés

Les stages pratiques de troisième cycle étaient vus par les personnes interrogées comme formateurs et permettant l'acquisition de compétences professionnelles utiles pour exercer.

E9/L159-161 « En fait, je pense que ce qui nous sert et là où on apprend vraiment le métier, c'est les stages. Donc, c'est surtout à partir »

E7/L86 « après c'est surtout en stage que l'on apprend à se former. C'est surtout les stages... du troisième cycle »

La qualité des terrains de stages était qualifiée de bonne selon les médecins rencontrés pour cette étude.

E1/L71 « les différents terrains de stage sont plutôt appropriés »

E7/L61-62 « Concernant les stages, je trouve que ça se passe bien. Enfin moi, j'ai eu la chance d'avoir des stages vraiment intéressants »

E8/L121-122 « Je trouve que les terrains de stage, qu'on peut choisir en médecine générale sont quand même pas mal »

Pour d'autres, cette qualité semblait être variable. Ainsi, selon eux, un stage serait peu formateur en cas de faible activité médicale.

E5/L82-83 « Le SASPAS que j'ai fait par contre... C'est vrai qu'il n'y avait pas beaucoup d'activité donc ce n'était pas aussi formateur que j'aurais pu souhaiter »

Lors des entretiens, la proximité des différents stages de troisième cycle avait été évoquée comme un facteur de satisfaction.

E5/L120 « C'était peut-être que tous les stages étaient à proximité »

E4/L190-191 « c'était aussi les stages périphériques lors de mon DES. Où les stages étaient proches et au niveau de ma vie personnelle, c'est bête, mais on en tient compte. »

a) La maquette du DES

Cette maquette était qualifiée, lors des entretiens, de bien construite selon les propos des médecins interrogés. Elle permettait d'acquérir l'ensemble des connaissances pratiques nécessaires à l'exercice ambulatoire. Un des points forts de cette maquette était sa souplesse, permettant à chaque étudiant de pouvoir orienter son apprentissage de troisième cycle en fonction de ses objectifs personnels.

E2/L78 « je trouve que les maquettes sont pas mal faites sur les choses obligatoires à faire »

E3/L69-70 « Une maquette qui me semble logique avant tout. On passe vraiment dans les stages où il est nécessaire d'acquérir le maximum de connaissances pratiques »

E9/L220-221 « une maquette qui est assez souple. Parce que, finalement, les gens arrivent quasiment toujours à faire ce qu'ils ont envie »

Quelques critiques venaient tout de même moduler ces propos positifs. En effet, pour certains des médecins interrogés, le classement de l'examen classant national venait modifier la qualité de cette maquette par son influence sur le choix des étudiants.

E3/L73-74 « Bon tout dépend du classement et des choix de maquette qu'on fait »

E5/L79 « j'avais le choix par rapport au classement »

E6/90-91 « c'est dommage que ce soit par classement »

Une autre critique ciblait cette maquette. Il s'agissait de la trop faible importance de la part de la médecine générale dans la formation pratique de troisième cycle.

E2/L79-80 « ce serait bien de rajouter encore un stage supplémentaire. En plus du stage prat et du SASPAS. En médecine générale pure. Il manquerait peut être un peu de médecine générale pure »

E4/L88 « Sur la maquette des stages, euh... Il manque un stage de médecine générale »

E6/L88 « Alors la maquette des stages. Il n'y a pas assez de formation en libéral »

E3/L75-77 « Dans la mesure où finalement sur mes neuf ans d'études, moi si je totalise, je n'ai fait que six mois de stages praticiens. Et je trouve que ça fait un peu léger. Parce qu'on a beaucoup de choses à apprendre de l'exercice libéral et de l'exercice au cabinet »

b) Les stages de médecine ambulatoire

Ces stages étaient vus d'une manière positive par de nombreux médecins ayant répondu à cette étude.

Ils participaient, selon eux, à l'acquisition progressive de l'autonomie par les étudiants.

E2/L67-68 « tu peux même faire quelques consultations en sa présence. Voir parfois quand il est dans un bureau à côté. »

E2/L69-70 « le stage dit SASPAS, qui est un stage ambulatoire pareil au sein d'un cabinet médical. Mais là tu es tout seul pour faire les consultations. »

Ils permettaient également d'acquérir des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale.

E8/L148-149 « Parce que, c'est là qu'on apprend vraiment la médecine gé. »

E3/L93-94 « ma formation médicale initiale me permet d'acquérir des aptitudes à la pratique de la médecine générale. Dans la mesure où je fais un stage chez le praticien »

E3/L124-125 « je sais qu'au niveau comptabilité, au niveau tenue comptable d'un cabinet de médecine générale... Je sais que ce sont des choses que j'ai apprises partiellement en stage praticien »

E4/L146-147 « Et le troisième cycle, on apprend la pratique de médecine générale, avec les stages praticiens, SASPAS »

La qualité du stage ambulatoire de niveau 1 dépendait de celle du maître de stage.

E8/L178-180 « Et après le stage Prat, je pense que... Vraiment tomber sur un bon Prat, qui explique bien, c'est vraiment là qu'on commence à apprendre le métier. »

La malléabilité de l'organisation de ce stage était reconnue comme un point fort qui permettait à chaque étudiant de pouvoir l'orienter vers ses objectifs d'apprentissages propres.

E3/L153-156 « Les maîtres de stage pour le stage praticien sont disponibles et en nombre suffisant. Les terrains de stage sont très diversifiés. Et permettent de choisir en fonction de ce qu'on veut savoir, de ce qu'on veut faire.... Des stages praticiens en ville, à la campagne, en secteur semi rural... Il y en a vraiment pour tous les goûts. »

E3/L79-81 « Mais je trouve que la maquette est relativement souple. Et le stage praticien avec le libre choix du complément de stage permet, si on choisit bien, d'aller dans les secteurs et d'approfondir les domaines où l'on ne se sent pas bien à l'aise »

Une des critiques déjà évoquée était le manque de formation ambulatoire. Ainsi, le manque de place disponible pour réaliser un SASPAS influençait le déroulement de la maquette et ne permettait pas une formation équivalente pour l'ensemble des étudiants.

E4/L94 « Et il m'a manqué aussi un deuxième stage de SASPAS »

E3/L70-72 « Il est peut-être un peu dommage, je parle de mon cas personnel, de ne pas pouvoir faire, en tant que futur médecin généraliste, un stage SASPAS »

E6/L179-180 « Pas assez de SASPAS. Moi, j'en ai eu un. Mais tout le monde n'a pas pu en faire »

c) Les stages hospitaliers

Ces stages, selon les propos recueillis, étaient qualifiés d'utiles pour la pratique de la médecine générale. Ils permettaient de comprendre le fonctionnement de l'hôpital, des urgences ainsi que de comprendre le lien entre soins primaires et secondaires. Ils permettaient de savoir quand stopper des soins ambulatoires et s'orienter vers une prise en charge de soins secondaires.

E4/L158-161 Et ça m'a permis de travailler un peu en réseau finalement. Parce que travailler à l'hôpital, en ville, aux urgences qui est un peu le tampon entre les deux, ça m'a permis de garder contact avec des praticiens, des spécialistes, des gens à l'hôpital. Et donc tout simplement de se former un réseau.

E4/L97-100 « Mon stage d'urgence, j'ai adoré car effectivement on faisait le lien avec le travail en ville et le travail juste à l'entrée de l'hôpital. Et donc ça m'a permis de bien cerner le fonctionnement et quand adresser le patient aux urgences quand on est en ville. »

E8/L168-170 « Après les urgences, ça évidemment, ça nous sert énormément. Parce qu'on apprend à gérer ça, même si ça n'a rien à voir aux urgences en médecine gé. »

Le stage hospitalier réalisé au sein du Centre Hospitalier Universitaire était jugé d'intérêt variable en fonction du projet professionnel de l'étudiant.

E9/L94-95 « A part le CHU, qui n'est pas vraiment utile en fonction de la carrière qu'on veut faire. »

Le stage réalisé aux urgences était quant à lui qualifié d'indispensable à la formation selon les propos recueillis lors des entretiens.

E8/L168-169 « Après les urgences, ça évidemment, ça nous sert énormément »

E8/L177-178 « Je pense que les urgences, c'est un passage indispensable et obligatoire »

Le stage mère enfant était la cible de critique visant son organisation pratique. Les médecins interrogés pour cette étude regrettaient la nécessité d'avoir à effectuer un choix entre une formation en pédiatrie et en gynécologie.

E3/L78 « Sinon peut-être qu'il est un peu regrettable aussi de faire ou de la pédiatrie ou de la gynécologie. »

E9/L95-96 « Après, je trouve qu'ils devraient un peu plus se battre pour faire des stages pédi et gynéco. »

E4/L93-94 « le problème c'est qu'il me manque un stage de pédiatrie qui m'a clairement fait défaut. »

d) Propositions d'amélioration de l'organisation de la formation pratique par les médecins interrogés.

Les différentes propositions que les médecins interrogés avaient formulées quant à l'amélioration de la maquette du DES portaient sur l'augmentation de la durée de pratique ambulatoire.

E2/L79 « ce serait bien de rajouter encore un stage supplémentaire. En plus du stage prat et du SASPAS »

E2/L132-133 « Peut-être sur les 6 stages, rajouter un supplémentaire de médecine générale. »

E3/L74-75 « Mais je pense que ce serait intéressant que ce soit quelque chose d'obligatoire à l'avenir »

5. Le département universitaire de médecine générale vu par les médecins interrogés.

Selon les médecins interrogés, les relations privilégiées avec les membres du DUMG permettaient d'améliorer la qualité de la formation grâce à l'écoute des attentes des étudiants de la part des enseignants.

E2/L93-94 « Parce que je pense que le département de médecine générale a su écouter les étudiants sur leurs attentes »

E3/L152 « Les enseignants universitaires : ils sont disponibles »

E9/L231-234 « Après, je pense aussi, que les points faibles c'est qu'il manque un peu de monde dans leur équipe pédagogique. Mais, il faut aussi qu'ils donnent envie d'y aller. Alors qu'il y a des gens qui sont récupérés par d'autres systèmes de formation. Alors que la fac aurait pu les garder. Voilà. Que dire? Les points faibles... C'est ça, s'entourer d'une équipe plus étoffée... »

Le DUMG, selon les propos recueillis, manquerait de membres. Il devrait tenter d'intégrer des jeunes médecins ce qui permettrait d'avoir une vision plus globale de la pratique de la discipline.

E8/L286-289 « Il faudrait peut-être des nouvelles têtes aussi dans le DES. Peut-être des plus jeunes qui auront une autre vision des choses. Parce que je pense que la façon d'exercer il y a vingt ans et la façon dont exercent les jeunes installés depuis quatre à cinq ans, ce n'est pas du tout la même »

E9/L234 « C'est ça, s'entourer d'une équipe plus étoffée... »

III. Discussion

A. DISCUSSION SUR LA METHODE

1. Originalité et forces de l'étude.

Le but de cette étude était d'explorer l'adéquation de la formation médicale initiale vis-à-vis de la pratique quotidienne de la médecine générale. C'est-à-dire si les modalités pédagogiques théoriques ainsi que leur mise en place pratique parvenaient à atteindre l'objectif visé : celui de former des médecins généralistes compétents, aptes à assumer leurs responsabilités quotidiennes.

L'aptitude à exercer de ces jeunes médecins était déjà certifiée depuis la fin de leur cursus universitaire. Etudier le sentiment qu'ils avaient de leurs compétences à exercer, le rôle de la formation initiale dans l'apparition de celui-ci ainsi que les lacunes qu'ils ressentaient dans leur pratique quotidienne permettaient alors de faire un retour de leur vécu aux enseignants du Département Universitaire de Médecine Générale. Ceci permettrait de modifier, d'améliorer les modalités pédagogiques pour les futures promotions à former.

Ces entretiens semi-directifs ont permis d'en savoir un peu plus sur le ressenti de ces jeunes généralistes vis-à-vis de leur cursus universitaire.

Mieux connaître les points positifs et négatifs de cette formation médicale initiale est indispensable pour permettre de renforcer l'apprentissage afin de former des spécialistes en médecine générale de la manière la plus efficace possible.

2. Les limites et biais de l'étude.

Lors de l'analyse des données, plusieurs biais devant faire relativiser les résultats obtenus par cette étude ont été relevés. Ceux-ci étaient liés à la constitution de l'échantillon, à des erreurs méthodologiques ou à des facteurs de confusion externes à l'étude.

a) Biais lié aux caractéristiques de l'échantillon

Lors de cette étude, l'échantillonnage visait à sélectionner des participants pouvant donner un large panel d'expériences et d'opinions possibles quant à l'adéquation entre la formation médicale initiale et la pratique quotidienne de la médecine générale. La représentativité statistique n'était alors pas recherchée. L'échantillon de cette étude représente qualitativement l'ensemble des possibles de la population sondée sans pouvoir hiérarchiser les éléments importants numériquement de ceux qui le sont moins.

b) Biais de sélection

Il a été relevé plusieurs biais de sélection lors de cette étude. Ceux-ci entraînaient que l'échantillon de l'étude pouvait différer de la population étudiée lors de celle-ci.

(1) Biais d'échantillonnage.

Plusieurs types de biais de d'échantillonnage ont pu être retrouvés dans cette étude:

-Pour des raisons pratiques, les spécialistes sélectionnés avaient tous validés leur diplôme d'étude spécialisé à la Faculté de Médecine de Brest. Seulement deux d'entre eux avaient effectué leur premier et second cycle dans une autre ville.

-Pour des raisons méthodologiques, ces spécialistes ne faisaient partie que de deux promotions différentes.

(2) Biais de volontariat

Il existait, lors de cette étude, un biais lié au volontariat des participants. En effet, les caractéristiques des médecins ayant accepté de répondre à cette étude, pouvaient être différentes de ceux n'ayant pas répondu à la demande de participation. Il est possible de se demander si les personnes ayant accepté de participer à cette étude n'étaient pas celles qui avaient le plus de critiques à formuler sur leur formation médicale initiale.

c) Biais d'information ou de mesure

Lors de l'étude, plusieurs erreurs méthodologiques ont pu avoir pour conséquence de créer des biais d'informations pouvant remettre en question les résultats de celle-ci.

(1) Biais de mesure lié à la question de recherche

Lors de l'analyse, il est apparu que l'étude d'un sujet aussi vaste que celui de formation médicale initiale entraînait une quantité importante de données qui n'avaient pas de tendance à saturer. La modularité de la formation pratique et théorique de troisième cycle, notamment, avait pour conséquence que les différents interrogés ne pouvaient avoir eu une formation totalement comparable expliquant la difficulté ressentie d'obtenir une saturation des données. Cette non saturation des données n'avait alors pas permis d'obtenir des résultats exhaustifs ce qui peut remettre en cause l'ensemble des résultats de l'étude.

(2) Biais de mesure lié à la méthode des entretiens semi-dirigés

Les entretiens semi-dirigés donnent accès à des informations à un moment donné. Lors de l'analyse, il était apparu qu'il persistait des doutes sur l'interprétation à donner à quelques propos émis par les participants sans possibilité de les faire préciser.

(3) Biais lié à la subjectivité des interrogés.

Le chercheur et les interrogés faisaient partie de la même catégorie professionnelle, celle des spécialistes en Médecine Générale et pour certains d'un groupe amical plus ou moins proche. L'interviewer pouvait alors être considéré par les participants comme un pair, ou un ami, et non comme un chercheur. Les personnes interrogées pouvaient rechercher l'assentiment ou l'avis personnel du chercheur, ce qui a d'ailleurs été le cas de manière ouverte ou plus dissimulée dans plusieurs entretiens. La difficulté pour le chercheur fut de ne pas influencer les réponses lors des entretiens.

(4) Biais lié à la subjectivité du chercheur.

Le chercheur était novice en matière de recherche qualitative. Or, concevoir, conduire et interpréter des entretiens semi-directifs nécessitaient des compétences spécifiques. Le manque d'expérience du chercheur a ainsi pu avoir un impact sur la qualité des entretiens menés, en particulier pour les premiers. Il est possible de penser que l'ensemble des entretiens n'ait pas été mené de la même manière durant toute l'enquête et que les résultats en ont été modifiés.

(5) Biais de subjectivité liés à l'analyse des données.

L'analyse des données en recherche qualitative est basée sur une part de subjectivité. Le codage ouvert est issu de l'interprétation du chercheur, de sa subjectivité. Le double codage en aveugle, réalisé par deux chercheurs de manière indépendante, permettait de réduire ce biais.

Ce biais d'analyse des données fut majoré par une erreur méthodologique de la part des deux chercheurs. La mise en commun fut réalisée sous la forme d'un consensus sur le codage retenu. Lors de cette mise en commun, les codes semblant discordants entre les deux chercheurs firent l'objet d'une argumentation avant de retenir le code final. La conséquence de cette méthode de mise en commun fut de réintroduire de la subjectivité dans le codage.

d) Biais de confusion.

Plusieurs facteurs de confusion ont pu avoir une répercussion sur les données de l'étude.

(1) Biais lié à la proximité des interrogés et du chercheur

Etant issu de la même promotion qu'une grande partie des spécialistes interrogés, le chercheur connaissait personnellement les participants. Il a pu s'en suivre des répercussions sur les résultats recueillis. Ainsi, ces médecins ont-ils pu répondre moins spontanément, souhaitant donner les réponses que le chercheur attendait ou au contraire s'exprimer en toute confiance et donner des points de vue qu'ils n'auraient pas évoqués avec un étranger.

(2) Biais lié à l'appareil de recueil de données

Il semblerait que l'usage du dictaphone numérique ait pu stresser certains participants. Ceci a alors possiblement eu un retentissement sur la qualité des entretiens.

B. Discussion sur les résultats

Ces témoignages ont permis d'objectiver une grande variété de réponses entre les différents spécialistes qui avaient participé à cette étude. Alors que certains d'entre eux, adhéraient à la mise en place pédagogique d'autres la trouvaient inutile. Les médecins interrogés avaient également fait des suggestions d'amélioration du cursus. La discussion de ces différents résultats va tenter de faire ressortir des éléments intéressants issus de l'analyse pouvant permettre d'améliorer la formation médicale initiale.

Dans un souci de clarté, la même trame que celle utilisée lors de l'analyse des données sera reprise pour la discussion.

1. Discussion des résultats concernant les compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale.

Comme souligné lors de la première partie de ce travail, la formation médicale initiale vise à former des spécialistes compétents. Les compétences, nécessaires pour exercer la médecine générale formulées par la définition de la WONCA Europe⁽¹²⁾, ont été reformulées par le CNGE pour servir de référentiel devant guider le cursus universitaire.

Lors de cette étude, les spécialistes interrogés fondaient les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale, selon eux, sur celles issues de la définition de la WONCA Europe.

Pour schématiser la congruence entre les propos recueillis et les objectifs pédagogiques retenus par le CNGE, il suffit de comparer les compétences que les médecins avaient formulées lors des entretiens à celles figurant sur la marguerite des compétences (figure 6). Celle-ci regroupe, comme cela a déjà été défini plus tôt dans ce travail, l'ensemble des compétences à acquérir durant la formation médicale initiale selon le CNGE.⁽³³⁾

Les compétences évoquées par les médecins interrogés	La marguerite des compétences
<i>Avoir des compétences Biomédicales</i>	Professionalisme
<i>Avoir des compétences axées sur l'exercice professionnel</i>	
<i>Avoir des compétences relationnelles</i>	Approche centrée patient- Relation - Communication
<i>Savoir centrer sa prise en charge sur le patient</i>	
<i>Avoir des aptitudes en communication</i>	
<i>Savoir aborder des situations complexes de manière globale</i>	Vision Globale- Complexité
<i>Savoir gérer des problèmes de santé non sélectionnés</i>	Premier Recours- Urgences
<i>Savoir coordonner les soins de ses patients</i>	Continuité – Suivi – Coordination des soins
<i>Savoir suivre ses patients dans le temps</i>	
<i>Avoir un rôle de prévention</i>	Education en santé – Dépistage – Prévention individuelle et communautaire
<i>Avoir un rôle d'éducation</i>	

Figure 12 : Comparaison des propos des médecins interrogés sur les compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale avec les objectifs pédagogiques définis par le CNGE

A l'observation de ce tableau, il est possible de penser que la formation médicale initiale est une réussite. En effet, celle-ci semble en mesure de former des spécialistes qui fondent leurs compétences à exercer sur la définition consensuelle de la médecine générale.

Ce sentiment d'efficacité de la formation médicale initiale est renforcé par l'impression que ces compétences semblent être le fruit d'une « infusion » plutôt que de la mémorisation de la définition de la médecine générale lors des études.

En effet, lors des entretiens réalisés, aucun des médecins ayant participé à l'étude, n'avait récité l'ensemble des compétences nécessaires à la pratique. Celles-ci étaient souvent présentes sous la forme d'exemples, de références à un cas vécu. De plus, aucun des interrogés n'avaient donné une liste exhaustive de l'ensemble des compétences définies par la WONCA Europe ou le CNGE.

Cette analyse permet de penser que les propos des interrogés concernant la compétence étaient issus d'une assimilation ayant eu lieu durant la formation médicale initiale et non pas de la récitation d'un enseignement appris par cœur. C'est en cela que la formation semble avoir rempli son rôle. Ainsi, elle paraît adéquate puisqu'elle a rempli les objectifs qui lui étaient dévolus, notamment lors du troisième cycle. Ce dernier était d'ailleurs perçu par les interrogés comme un élément essentiel de l'acquisition des compétences et du sentiment de compétence à exercer la médecine générale.

Lors des entretiens, certains interrogés avaient d'ailleurs évoqué la possibilité qu'une partie des compétences nécessaires ait pu être acquise de manière inconsciente lors de leur formation.

E3/L174-176 « il y a sûrement plein de choses qu'on a intériorisées et qui... Et que l'on ne peut pas ressortir. La manière de mener une consultation, même, c'est à force de ...C'est pendant nos études qu'on l'a appris forcément mais ... »

E9/L192-194 « Comme on apprend plein, plein, de choses, qui ne sont pas forcément répertoriées durant nos stages, c'est surtout ça qui... Je le redis, mais c'est surtout ça qui sert... »

2. Discussion concernant les propos recueillis sur la qualité de la formation.

Etant donné que l'ensemble de médecins interrogés exprimait le sentiment d'être compétent pour exercer leur profession et que les compétences sur lesquelles ils fondaient cet avis correspondaient aux objectifs d'apprentissage de la formation médicale initiale, il était alors possible que la qualité de celle-ci soit plébiscitée.

Ce qui ne fut pas le cas. Uniquement une seule des interrogés, exprimait le sentiment d'avoir reçu une formation adéquate. D'autres médecins interviewés lors de ce travail exprimaient, que leur formation avait été efficace quant à l'acquisition des connaissances théoriques ou pratiques nécessaires.

Cette difficulté à « valider » la qualité de la formation médicale initiale dans son ensemble peut s'expliquer par plusieurs points.

Le premier point est lié à la complexité de la médecine générale ainsi qu'à l'amplitude des connaissances nécessaires à son exercice.

La première partie de ce travail a permis d'objectiver, que les sociétés savantes de médecine générale européenne avaient mis vingt-huit ans pour aboutir à une définition consensuelle de la spécialité⁽¹²⁾. Elle a également permis d'observer qu'à partir de cette définition consensuelle, la mise en place d'objectifs pédagogiques pouvait être variable.

Cela souligne, la difficulté de mettre en place une formation initiale basée sur un programme permettant d'aborder l'ensemble de la spécialité. L'idée de l'exploration exhaustive des connaissances est d'ailleurs rejetée dans les textes servant de programme aux différents cycles du cursus universitaire^{(67) (87)}. Il était nécessaire de faire des choix quant aux connaissances à aborder lors de ceux-ci. Cette formation non exhaustive peut alors être vue comme incomplète et inadaptée puisqu'elle ne couvre pas l'ensemble des besoins des étudiants. Ceci explique en partie le fait qu'il soit difficile de valider la qualité de la formation dans son ensemble.

Le second point est lié à l'hétérogénéité de la population à former. Selon Philippe Perrenoud⁽¹⁾, une formation professionnelle de qualité se doit d'être modulaire et différenciée pour répondre au cheminement unique de chaque individu qui la suit. En effet, chaque étudiant a un projet personnel qui lui est propre, des acquis antérieurs, des capacités d'apprendre, des rapports au savoir, au réel qui lui sont personnels. Ainsi, une formation de qualité se doit de pouvoir proposer à chaque étudiant un plan d'acquisition personnel qui lui permettra d'atteindre ses objectifs.

On peut conclure que chaque étudiant verra la qualité d'une formation vis-à-vis des attentes et projets qui lui sont propres. Une formation qui ne peut s'adapter à l'ensemble des attentes des individus la suivant sera ainsi toujours vue comme incomplète et de mauvaise qualité. Ce point démontre qu'il est très difficile de concevoir un enseignement pouvant être qualifié de bon par l'ensemble des étudiants qui le suivent.

En France, de nombreuses contraintes réglementaires encadrent la formation médicale initiale dans le but d'assurer des acquisitions uniformes au sein des différentes facultés de médecine. Ces obligations légales, s'accompagnent d'une trame « rigide » autour de laquelle les différentes facultés françaises décident des modalités pratiques de mise en place de la formation. La rigidité de cette organisation du cursus vient empêcher une adaptation de celui-ci aux attentes de chaque individu et ne permet pas, là encore, d'assurer une formation axée sur les objectifs de chacun. Les étudiants devront transiger avec leurs attentes et seront insatisfaits. La formation ne sera alors pas jugée d'une qualité suffisante.

Ces différentes réflexions autour de la difficulté de composer cette formation médicale initiale idéale répondant aux critères qualité de l'ensemble des étudiants avaient été abordées lors de certains des entretiens.

E6/L163-164 « Je ne crois pas qu'il y ait de formation comme ça à la fac parce qu'on n'aura jamais le cas précis qu'on a devant soi... »

E4/L125-126 « Oui, j'avais des déficits. En même temps, c'est tellement large la médecine générale qu'on a forcément des déficits. Et c'est là le problème »

E8/L214-215 « Après c'est difficile, parce qu'avec le DES, on voit un peu de tout. Et on ne peut pas tout voir non plus »

E9/L239-242 « C'est vrai que ça varie en fonction du mode d'exercice. Moi, c'est mon exercice à moi. Et quelqu'un qui veut faire un truc de vasculaire etc..., il n'aura pas les mêmes attentes dans la formation. Donc, forcément, il faut faire un truc suffisamment hétérogène pour que ça puisse satisfaire à toutes les exigences »

E9/L102-104 « Je pense que c'est très difficile de faire un truc qui allie les attentes du CNGE et des pontes du DUMG et les attentes vraiment des internes. Et qui soit en même temps aussi pratique pour le futur »

E9/L116-117 « Ce n'est pas facile, je pense, de faire un truc qui répond à des critères du DUMG et aux attentes des internes »

La formation médicale initiale de médecine générale correspond au tableau qui vient d'être décrit. Une étude de sa qualité de manière globale est ainsi impossible. Pour pouvoir étudier la qualité de cette formation, il faut en analyser les différentes parties.

Lors des entretiens, un des interrogés avait évoqué qu'un des facteurs de satisfaction de la formation initiale au sein de la faculté de Brest était sa petite taille et la convivialité qui y régnait. Cette taille « humaine » permettait selon lui une interaction aisée entre les étudiants et avec les enseignants. Il est alors possible que l'augmentation constante du numérus clausus a fait ou risque de faire

diminuer la qualité de la formation médicale initiale en diminuant ces interactions privilégiées. Rappelons qu'un étudiant fonde ses acquisitions en partie sur ces « *interactions sociales et interpersonnelles* »⁽⁷¹⁾. Il est important que les enseignants puissent continuer à être le plus disponibles possible afin de maintenir ce facteur de satisfaction qu'est l'ambiance conviviale de la faculté de Brest.

3. Discussion concernant les propos recueillis sur le premier cycle

Comme cela a été vu plus tôt dans ce travail, la première année, sanctionnée par un concours classant, a pour but de faire acquérir aux étudiants des connaissances générales sur les sciences « dures » et les sciences humaines.

Ce socle de connaissances sert alors de base aux enseignements se déroulant en deuxième et troisième années. Ces deux années permettent alors l'apprentissage de la sémiologie, théorique et pratique, ainsi que l'étude de la physiopathologie de maladies orientées vers les différents « appareils » du corps humain.

Ainsi, ce cycle vise l'acquisition d'un cortège de connaissances qui devront servir de base à l'apprentissage des maladies en second cycle. Ces connaissances représentent les deux premiers niveaux de la pyramide de Miller⁽²⁴⁾ (figure 1).

Il ressort de l'analyse des entretiens réalisés dans le cadre de cette étude que ce premier cycle était pour certains interrogés inutile, que les connaissances acquises n'étaient pas profondément ancrées en mémoire. Ces apprentissages étaient qualifiés de « flous ». La première année, quant à elle, était vue uniquement comme un moyen de sélection.

Doit-on en conclure que les médecins généralistes n'ont pas besoin de ces connaissances de bases ou de l'apprentissage de la sémiologie pour exercer ?

L'interprétation de ces données peut être bien différente.

En ce qui concerne l'étude de la sémiologie, elle n'avait pas été évoquée comme appartenant aux enseignements du premier cycle. Les interrogés en avaient parlé comme un point positif des acquisitions du second cycle. Cette différence entre les propos des interrogés et la formation médicale initiale actuelle est liée, à la mise en place de la réforme LMD. Celle-ci ayant modifié l'organisation des différents cycles du cursus.

Pour ce qui est de la question de l'inutilité des connaissances acquises lors de ce premier cycle ainsi que de leur caractère peu ancré dans la mémoire de nos interrogés, la cause tient aux modalités pédagogiques employées.

Comme il a été précisé lors de l'étude des modalités pédagogiques, les étudiants adaptent leurs apprentissages à ce que l'on attend d'eux.⁽⁶⁸⁾

L'évaluation des connaissances, lors de ce premier cycle de la formation, se réalise sur le mode sommatif. Les modalités pédagogiques employées appartiennent au paradigme d'enseignement où le professeur transmet les savoirs à un étudiant qui les reçoit passivement. Dans ce paradigme, les acquisitions sont évaluées à distance par l'usage de tests standardisés recherchant la restitution de l'enseignement. Ces évaluations permettent alors de trancher entre la validation ou l'invalidation des

connaissances acquises. Comme cela a été abordé plus tôt, les acquisitions dans ce paradigme sont décontextualisés, elles ne permettent pas un ancrage profond des connaissances.

Ainsi, lors de leur premier cycle, les médecins interrogés pour cette recherche avaient travaillé de manière à acquérir les savoirs qui leur étaient dispensés dans le but de les restituer à l'identique lors de leurs évaluations. Leur but n'était pas de pouvoir les réutiliser dans leur pratique. Cela peut expliquer en partie le fait que ces connaissances ne semblent pas ancrées profondément en mémoire.

L'impression d'inutilité de certaines connaissances acquises lors de la première année tient à plusieurs points.

Le premier tient, là encore, aux modalités d'évaluations mises en place. La première année étant un concours, les enseignants ont besoin de pouvoir classer les étudiants en fonction de ce qu'ils ont retenus. Ainsi, ils ont tendance à charger leurs enseignements de détails qui permettront de majorer la précision de l'évaluation. Ceci leur facilitera la réalisation d'un classement. Dans l'optique d'obtenir un classement suffisant pour pouvoir continuer leurs études, les étudiants sont alors contraints d'apprendre des détails qui ne leur seront alors pas forcément utiles par la suite.

Le second point est lié au fait que les médecins interrogés pour cette étude étaient des professionnels en exercice. Ils avaient tendance à orienter leurs acquisitions en fonction de ce qui pourrait leur être utile dans leur exercice quotidien. Ce point avait d'ailleurs été évoqué lors d'un des entretiens.

E8/L254-259 « si je faisais une formation continue sur de la cardio ou sur un machin, je sais exactement ce qui me manque. Ce que j'ai besoin et ce dont je n'ai pas besoin. Si quelqu'un vient m'expliquer comment lire un électro pour me parler de choses ultra compliquées, je sais que de toute façon je ne m'en servirai pas. Je saurais exactement quoi retenir. Car je sais ce qui, dans ma pratique, est important et ce que je vais déléguer aux spécialistes. »

Suite à cette analyse, il est possible de dire que ce premier cycle est utile à la pratique de la médecine générale comme l'avaient précisé d'autres médecins interrogés. Sans ces enseignements de premier cycle, les étudiants se priveraient alors de la base de la pyramide de Miller⁽²⁴⁾. La suite des apprentissages visant l'acquisition des compétences serait alors impossible.

Un moyen de rendre ce premier cycle plus intéressant pour les futurs médecins, toutes spécialités confondues, serait d'en changer les modalités pédagogiques. Un moyen radical serait de supprimer le concours de première année. Les enseignants pourraient ainsi mettre en place des enseignements plus adaptés, ne se perdant pas dans les détails nécessaires actuellement du fait de la sélection par concours.

La suppression de ce concours ouvrirait la porte des études médicales à des étudiants actuellement quasiment exclus de la sélection du fait d'un manque de connaissances scientifiques nécessaires pour passer la barrière de la sélection de première année. Ces étudiants seraient alors peut être plus ouverts à la pratique de la médecine générale qui nécessite une ouverture d'esprit en direction des sciences humaines passant souvent au second plan lors des études, comme l'évoquait le Claude Béraud dans la citation ayant introduit ce travail.

L'inadaptation de ce mode de sélection est également dénoncé par le professeur André Grimaldi dans son ouvrage « l'hôpital malade de la rentabilité ». Selon lui, ce concours « sélectionne les étudiants

en médecine seulement sur leurs capacités de travail, leurs dons pour les sciences, leur résistance au stress et leur rapidité [...] Les qualités nécessaires pour être un bon médecin ne sont pas prises en compte : capacité à raisonner face à des problèmes complexes, aptitude à formuler des hypothèses et à proposer des solutions, intérêt pour les sciences humaines, etc. ⁽⁷⁾ »

En cas de suppression de ce concours, il faudrait instaurer un autre moyen de sélection d'entrée en faculté de médecine. Il faut rappeler que le *numerus clausus*⁽⁴²⁾ avait été instauré initialement pour pouvoir assurer une formation de qualité pour l'ensemble des étudiants.

La dégradation de la formation liée à l'augmentation du nombre d'étudiants a été évoquée plus tôt dans ce travail et avait également été évoquée par l'un des médecins interrogés dans cette étude.

E4/L184-185 « *Le fait qu'en stage on n'était pas trop nombreux. A notre époque, en tout cas, on n'était pas trop nombreux. Il y avait deux ou trois externes maximum par médecin* »

E4/L185-186 « *Ce qui n'est plus du tout le cas. Maintenant, ils sont une dizaine.* »

E4/L187 « *Il y avait peu de gens en stage et des médecins disponibles* »

4. Discussion concernant les propos recueillis sur le second cycle

a) Un enseignement morcelé et pluridisciplinaire

Parmi les critiques concernant la qualité de la formation médicale de second cycle, soulevées lors des entretiens, était évoqué le caractère morcelé, pluridisciplinaire, non structuré de l'enseignement théorique.

Cette impression peut être expliquée par deux points.

Le premier point est lié à la conception du programme des ECN selon le Professeur Grimaldi⁽⁷⁾. Selon lui, la réforme ayant conduit à la mise en place de l'examen classant national avait initialement pour but de recentrer la formation vers la pratique de la médecine générale. Il avait été décidé de remplacer l'enseignement par spécialités par l'enseignement des grands problèmes de santé.

Une commission avait été mise en place afin de redéfinir le programme. Celle-ci était constituée de groupes défendant chacun la place de leur spécialité dans l'enseignement.

Les conclusions de cette commission ont permis d'aboutir au programme défini par l'arrêté du 4 mars 1997⁽⁵⁴⁾. Celui-ci était formé de onze modules transdisciplinaires regroupant 219 items, d'une partie traitant des maladies et grands syndromes regroupant 71 items et d'une partie traitant d'orientation diagnostique face à des tableaux cliniques regroupant 55 items.

Selon le professeur Grimaldi, seuls les onze modules transdisciplinaires répondaient aux attentes de la réforme. Les deux autres parties de ce programme étaient composées, selon lui, d'une juxtaposition d'items orientés vers les différentes spécialités d'organe représentées au sein de cette commission.

Comme il a été précisé, plus tôt dans ce travail, c'est le programme défini par cet arrêté qui a servi de base à l'enseignement du second cycle suivi par les médecins interrogés lors de cette étude. Si le programme était construit d'une juxtaposition d'items orientés vers les différentes spécialités, il est

logique que certains des médecins interrogés aient ressenti que l'enseignement qu'ils avaient reçu était déstructuré et orienté vers les spécialités d'organe.

Le second point pouvant expliquer cette impression est lié à la mise en place des enseignements au sein de la faculté de Brest. Il a été décrit, lors de la partie consacrée à la mise en place de la formation médicale à Brest, que le second cycle était articulé autour d'une alternance entre cours théorique et stage pratique^{(88) (89)}. Cette alternance se déroulait dans le cadre de modules centrés sur une spécialité d'organe. Bien que cette mise en place réponde aux critères de qualité selon Perrenoud, de par l'articulation entre théorie et pratique, elle fait apparaître le risque d'un enseignement morcelé et pluridisciplinaire. Un cardiologue, réalisant un cours sur une pathologie touchant à la cardiologie à des étudiants en stage de cardiologie aura tendance, même avec toute la bonne volonté du monde, à avoir une vision orientée, non transdisciplinaire.

Ce manque de vision transdisciplinaire durant le second cycle est en cours d'amélioration depuis la formation des médecins interrogés dans la cadre de ce travail. En effet, le nouveau programme servant de base d'enseignement durant le DFASM et d'évaluation pour le futur ECN i, prévu en 2016, ne se compose que d'unités d'enseignements transdisciplinaires⁽⁶⁷⁾. Il est possible de penser que l'enseignement ne sera plus qualifié de morcelé ou de pluridisciplinaire à l'avenir.

Bien que le programme de ce second cycle ait changé, les modalités pratiques d'enseignement durant le DFASM à Brest n'ont pas été modifiées. Celles-ci s'axent toujours sur des modules centrés sur une spécialité d'organe. Cette organisation vient en partie contrecarrer l'amélioration liée au nouveau programme de second cycle.

b) Un enseignement mal structuré et difficile à synthétiser

Certains des médecins interrogés lors de cette étude avaient énoncé l'idée que les enseignements de second cycle manquaient de structure et qu'il était alors difficile d'en réaliser une synthèse utile.

Ces propos peuvent s'expliquer selon plusieurs points.

Le premier point est lié, là encore, au programme de second cycle des médecins interrogés pour cette étude. Celui-ci se composait d'items transversaux ainsi que d'items juxtaposés les uns aux autres sans lien, visant juste à couvrir les objectifs pédagogiques définis par les différentes spécialités d'organe.

Le second point tient à la mise en place sous forme de modules d'enseignement. Chacun des modules traitant des items relevant de sa spécialité^{(88) (89) (90)}. Les items transversaux, par définition, peuvent relever de différentes spécialités. Ils sont alors inclus dans différents modules d'enseignement. Ainsi, un même item pourra être traité à plusieurs reprises sous un jour différent en fonction de la spécialité de l'enseignant. Cette mise en place pratique des modules d'enseignement peut expliquer la difficulté à synthétiser l'ensemble des visions d'un même item.

Le troisième point correspond aux modalités évaluatives mises en place lors du second cycle. Il a été abordé plus tôt dans ce travail que les enseignements du second cycle sont divisés en pôles d'enseignements. Chacun de ces pôles est composé d'unités d'enseignements se validant de manière individuelle. Chacune de ces unités représente une spécialité d'organe.

L'évaluation des acquisitions visant à juger de la validation d'un examen par le biais d'une note répond à un mode sommatif appartenant au paradigme d'enseignement. Ce paradigme rend difficile la construction d'une connaissance structurée et en lien avec le contexte⁽⁶⁸⁾.

De plus, les unités d'enseignement se validant de manière isolée, l'étudiant aura tendance à répondre de manière orientée vers la spécialité évaluée et ces apprentissages seront eux-mêmes influencés par cette orientation. L'étudiant ne construira pas une connaissance globale.

Ce manque de structure des acquisitions de second cycle pourrait être amélioré par l'organisation des enseignements, des évaluations selon un modèle transdisciplinaire, plus global. Pour structurer les acquisitions des étudiants, un changement de modalités pédagogiques par la mise en place d'une approche orientée vers le paradigme d'apprentissage permettrait de fonder un savoir plus global.⁽⁶⁸⁾

C'est d'ailleurs ce qui semble se mettre en place dans les suites de l'arrêté du 8 avril 2013⁽⁶⁷⁾ qui a défini, comme cela a été vu plus tôt, les compétences de grade master à acquérir lors du second cycle. Il apparaît ainsi que l'approche par compétence peut fonder les acquisitions de second cycle. Ceci témoigne de la mise en place de nouvelles modalités pédagogiques qui pourront peut-être améliorer cette difficulté de synthèse ainsi que cette impression de manque de structuration de l'enseignement.

A Brest, la construction des connaissances selon des modalités centrées sur l'étudiant semble se mettre en place comme le montre la présentation de rentrée de la première année du DFASM réalisée en 2013⁽¹⁰³⁾. Ainsi, le modèle pédagogique est présenté comme : « *Etudiant actif avec rétroaction pédagogique* ». Ce modèle se base alors sur une évaluation formative des étudiants et la consignation de l'évolution de leurs compétences au sein d'un e-Portfolio.

Ce nouveau modèle pédagogique se base, sur le paradigme d'apprentissage. Il permettra certainement, s'il est correctement mis en place, de construire des connaissances et compétences plus structurées.

La principale difficulté sera d'obtenir l'adhésion de l'ensemble des enseignants ainsi que des étudiants autour de ce modèle qui nécessite un investissement conséquent pour être efficace.⁽⁹⁷⁾

c) Des connaissances inadaptées

Une autre des critiques concernant les acquisitions théoriques de ce second cycle portait sur l'inadaptation des connaissances acquises vis-à-vis de la pratique de la médecine générale. Les connaissances étaient parfois qualifiées de trop poussées, parfois d'inexistantes ce qui entraînait des lacunes théoriques.

Le fait que l'ensemble des connaissances nécessaires ne puissent être abordé et acquis lors de ce second cycle tient à l'étendue du savoir nécessaire en médecine générale. Cela tient également au fait que le programme ne peut être exhaustif.⁽³⁰⁾

Les connaissances surnuméraires sont sans doute le fait de l'enseignement pluridisciplinaire abordé plus tôt. Celles-ci sont liées à la définition du programme comme cela a déjà été précisé. Elles peuvent également être liées à l'organisation de l'enseignement.

Ainsi, dans des enseignements centrés sur les spécialités d'organe, un spécialiste aura certainement tendance, par « intérêt » pour sa discipline à vouloir transmettre le maximum de savoir sur celle-ci quitte à dépasser un peu les objectifs du programme.

La mise en place d'enseignements transdisciplinaires permettra sans doute de résoudre ce problème.

d) L'absence d'enseignement de la médecine générale

Selon les propos recueillis lors de la réalisation des entretiens, il existait un déficit de formation orientée vers la médecine générale. Ce déficit concernait alors l'enseignement pratique et théorique.

(1) Enseignement pratique de la médecine générale

Certains des médecins interrogés, exposaient lors des entretiens que lorsqu'ils avaient eu à choisir leur spécialité, ils n'avaient aucune notion de ce que pouvait être la pratique de la médecine générale. Certains d'entre eux évoquaient la nécessité de mettre en place un enseignement pratique de médecine générale. Selon eux, les enseignements pratiques mis en place en milieu hospitalier ne pouvaient pas préparer à la pratique ambulatoire. Ces propos rejoignent ceux de White, Williams et Greenberg ⁽⁵⁾ publiés en 1961, qui ont déjà été évoqués plus tôt dans ce travail.

Ce point d'insatisfaction est déjà réglé. En effet, depuis que les médecins ayant répondu à cette étude ont fini leur second cycle d'étude, un stage de médecine ambulatoire y a été mis en place ⁽⁶⁴⁾. Ce stage concerne l'ensemble des étudiants de sixième année.

(2) Enseignement théorique orienté vers la médecine générale

Plusieurs des médecins qui avaient été interrogés évoquaient que l'enseignement de second cycle n'était pas assez orienté vers la pratique de la médecine générale. Il n'avait pas été demandé de précision et il s'agit maintenant d'une erreur. En effet, lors de l'analyse des données, le chercheur s'est alors demandé ce que voulaient dire précisément les personnes interrogées.

Il y a deux façons d'interpréter leurs propos.

- Soit ils exprimaient l'idée que des pathologies de forte prévalence en soins primaires n'étaient pas étudiées.
- Soit l'idée que le raisonnement complexe et la prise de décision au stade précoce des maladies c'est-à-dire en contexte de faible certitude diagnostique, ainsi que d'autres notions spécifiques à la pratique de la médecine générale ambulatoire, n'étaient pas évoqués.
- Ou alors l'association de ces deux interprétations.

Selon l'arrêté du 8 avril 2013 ⁽⁶⁷⁾, le second cycle des études médicales a pour objectif l'acquisition des compétences cliniques et thérapeutiques ainsi que l'acquisition de capacités d'adaptation permettant aux étudiants d'exercer les fonctions du troisième cycle, en milieu hospitalier ou ambulatoire.

On peut penser que recentrer les acquisitions sur des pathologies à forte prévalence ambulatoire ne serait utile qu'aux étudiants se destinant à la médecine générale. Cette mise en place paraît ainsi difficile à justifier. En effet, le but du second cycle est l'acquisition des compétences génériques permettant aux étudiants d'exercer par la suite, en milieu hospitalier ou en milieu ambulatoire, les

fonctions du troisième cycle. Les connaissances issues de ce second cycle ne doivent alors ne pas être trop orientées vers la médecine ambulatoire. Elles doivent éviter d'explorer une seule spécialité.

Par contre, permettre aux étudiants de découvrir la complexité de la médecine générale par la mise en place d'enseignement orienté vers la démarche décisionnelle en lien avec la gestion de l'incertitude diagnostique et thérapeutique serait utile à l'ensemble des étudiants, quelle que soit la spécialité vers laquelle ils se destinent. Cela pourrait permettre une découverte de la médecine générale, voir même créer de potentielles vocations.

La réforme LMD a commencé à se mettre en place depuis la rentrée universitaire 2013. Lors de l'analyse du programme de la première année du DFASM, il a été évoqué que des unités d'enseignements portant sur le raisonnement clinique et la relation médecin-malade avaient été instaurées. Ces deux unités d'enseignements pourraient constituer le premier pas de ce « recentrage » en direction d'un enseignement plus orienté vers la pratique ambulatoire.

e) Un enseignement utile

Malgré ces critiques, sur le manque d'enseignement pratique et théorique orienté vers la médecine générale et les enseignements théoriques pouvant paraître inadéquats, les propos des médecins interrogés faisaient ressortir l'idée que cet enseignement de second cycle était utile à la pratique de la médecine générale.

En effet, bien qu'imparfait cet enseignement permet aux étudiants, quelle que soit la spécialité vers laquelle ils s'orientent d'acquérir de l'expérience et un bagage théorique de base. Bases sur lesquelles ils pourront construire leurs compétences professionnelles lors du troisième cycle. Ce cycle permet ainsi de progresser dans la pyramide de Miller (figure 1). Il permet d'atteindre le second niveau grâce aux enseignements théoriques basés sur la physiopathologie puis de débiter le troisième niveau grâce à leur application sous supervision en stage.

5. Discussion concernant les propos recueillis sur le troisième cycle :

Comme pour les autres cycles d'étude, le DES de médecine générale n'était pas ressenti de façon uniforme par les médecins interrogés pour cette étude.

La grande majorité des personnes interrogées exprimaient un sentiment positif sur cette formation de troisième cycle. Ils évoquaient le fait qu'il s'agissait de l'étape professionnalisante de la formation. Cette étape permettait d'acquérir le « métier ». Les propos qu'ils tenaient sur les différents éléments structurant la formation de troisième cycle étaient par contre plus contrastés.

a) L'enseignement théorique axé vers la recherche en médecine générale.

Les journées de séminaires obligatoires étaient qualifiées d'inintéressantes et d'inutiles à la pratique. Ce point tient sans doute au fait que la population interrogée n'exerçait pas d'activité d'enseignement ou de recherche. Elle ne tirait ainsi pas beaucoup de bénéfice de ces enseignements dans sa pratique quotidienne. Il est possible de penser que ces séminaires leur ont juste servi à acquérir des bases nécessaires à la réalisation d'une recherche visant l'obtention de leur thèse.

b) *L'enseignement théorique axé sur la pratique de la médecine générale.*

(1) Les journées de séminaires

Les critiques concernant les journées de séminaires s'axaient selon trois points principaux. Le premier concernait les thèmes abordés lors de ces formations, le second était plutôt lié la qualité de réalisation de celles-ci et le troisième tenait à l'organisation pratique de ces journées.

(a) *Les thèmes*

(i) *Des thèmes inutiles ?*

Certains thèmes de ces séminaires étaient qualifiés d'inutiles et d'inintéressants alors que pour d'autres médecins ceux-ci étaient satisfaisants.

Cette différence tient au fait que ces séminaires ne peuvent, là encore, aborder l'ensemble des points d'une spécialité aussi vaste que la médecine générale. Le DUMG fait des choix quant aux termes à aborder pour pouvoir explorer la discipline dans différentes directions.

Les étudiants seront alors satisfaits si ces séminaires répondent à leurs attentes définies par leur projet professionnel. Ils seront insatisfaits dans le cas contraire. Etant donné la diversité de projets professionnels s'ouvrant aux étudiants de médecine générale, il est impossible que ces journées de séminaires puissent faire l'unanimité quant aux sujets abordés.

Il existe plusieurs moyens d'améliorer cette formation théorique.

Le premier serait d'améliorer la congruence entre les attentes des internes et les thèmes abordés. Ceci pourrait être fait par la réalisation d'un sondage auprès des étudiants sur les sujets qu'ils voudraient aborder durant leur année universitaire.

Le second moyen serait de multiplier les journées de séminaires afin de permettre aux étudiants d'accéder à un plus grand panel de formations disponibles. Le facteur limitant de cette solution est le nombre restreint de formateurs au sein du DUMG. Ce nombre ne permet pas d'augmenter de manière exponentielle la charge de travail de l'équipe pédagogique.

Un autre moyen serait de guider les étudiants vers des formations extra-universitaires pouvant répondre à leurs attentes. Ces formations permettraient de compléter les journées de séminaires. Ce recours est incité, par le DUMG, par la mise en place des Crédits Heure Formation comme cela a été détaillé lors de la description du troisième cycle de médecine à Brest.⁽⁹¹⁾

(ii) *Des thèmes oubliés ?*

Lors des entretiens, les médecins interrogés avaient exprimé que, selon eux, des thèmes pourtant utiles à la pratique de la médecine générale, n'étaient pas abordés.

A la confrontation de la liste énumérée par les personnes interrogées avec la liste des formations disponibles lors du DES de médecine générale à Brest, il est observable que la plupart de ces formations sont actuellement accessibles. Il est possible d'interpréter cela de deux manières : soit les enseignants du DUMG ont réévalué les thèmes abordés lors de ces formations depuis la fin de cursus

des médecins interrogés, soit les médecins interrogés n'avaient pas eu accès à ces formations pourtant existantes. La difficulté d'accès à ces formations sera traitée plus loin dans ce travail.

Deux des thèmes qui avaient été énumérés lors des entretiens ne sont pas mis en place par le DUMG.

Il s'agit d'une formation centrée sur l'apprentissage de l'échographie en médecine générale et d'une formation à l'empathie.

Le thème de l'apprentissage de l'échographie en médecine générale ne peut, à priori, pas être retenu pour la formation médicale initiale de troisième cycle. En effet, il s'agit d'un type d'exercice très spécifique qui ne bénéficierait pas à la majorité des étudiants. Ce type de formation peut par contre faire l'objet de formation complémentaire. Un diplôme universitaire (DU) a d'ailleurs été mis en place à Brest pour répondre à ce type d'attente⁽¹⁰⁴⁾.

Le thème de l'apprentissage de l'empathie semble plus représentatif d'une formation médicale initiale. En effet, chaque médecin généraliste se doit d'avoir une compétence relationnelle et une aptitude à l'empathie pour pouvoir prendre en charge ses patients de la manière la plus appropriée possible. La difficulté réside ici, dans la mise en place pratique de ce type de formation. L'empathie est souvent vue comme une construction empirique difficile à améliorer par une formation. C'est d'ailleurs ce qui ressortait des entretiens réalisés dans le cadre de cette recherche.

E1/L81-83 « Le contact. Je pense que malheureusement ça s'apprend un petit peu mais on l'a ou on ne l'a pas. Bon, là-dessus, je ne suis pas sûr qu'on nous apprenne beaucoup... On nous donne des petits trucs quand même. »

E3/L98-100 « La formation médicale initiale permet d'être au contact avec les malades. Et d'avoir cette habitude, cette disposition, à être avec des personnes fragilisées »

On peut se demander sur quoi pourrait être basé ce type de formation. Un travail de thèse réalisé par Elsa Marin⁽¹⁰⁵⁾ expose des pistes intéressantes sur ce type de formation.

(b) La qualité de la réalisation

La qualité des séminaires était qualifiée de variable lors des entretiens.

Les éléments qui influençaient la qualité de ces formations tenaient alors à l'expertise des différents intervenants ainsi qu'au côté pratique des connaissances acquises.

Ces deux points sont également cités par Perrenoud comme fondateur d'un enseignement professionnel de qualité⁽¹⁾.

Selon lui, un plan de formation doit être organisé autour de compétences issues de l'analyse de la pratique. Un enseignement trop théorique lors d'une formation professionnelle n'aura que peu d'influence visible sur la pratique des étudiants. Il sera alors vu comme peu efficace. Ainsi, les journées de séminaires doivent être orientées vers la pratique professionnelle. De plus, selon Perrenoud, la formation doit se développer en partenariat avec des professionnels de terrain. Ceci explique l'influence, de la qualité de l'intervenant, sur celle de la formation. Un intervenant dont l'expertise semble douteuse aux yeux des étudiants aura une influence négative vis-à-vis de l'appréciation de la formation.

Ainsi, il avait été souligné par les propos recueillis que les séminaires faisant consensus quant à leur qualité étaient les séminaires de gynécologie et de pédiatrie. Cet intérêt pour la pédiatrie et la gynécologie résultent en partie du fait qu'il s'agit de deux spécialités pour lesquelles les médecins généralistes sont fréquemment sollicités et que ces séminaires s'orientent vers une pratique concrète.

Les propos que les interrogés avaient tenu montraient que la qualité d'une formation pouvait être jugée à posteriori comme inadéquate.

E6/L98-101 « Il y avait un séminaire qui avait l'air bien. Mais en fait ... C'était sur les remplaçants et les trucs URSSAF, les cotisations, les frais. Tout ce qu'on doit faire quand on remplace ou on s'installe. C'était trop brouillon. »

Selon, les propos des interrogés il existait ainsi un déficit d'apprentissage lié à la gestion comptable, administrative à la suite de leur formation médicale initiale. Il est possible de penser que ce séminaire était inadapté.

Ces critiques, bien que certainement fondées en partie, tiennent au fait que les médecins interrogés pour cette étude étaient des professionnels en exercice et que le début de leur activité était récent. Ils avaient été confrontés à des problèmes d'ordre administratif. Leurs attentes, suite à leur début d'activité professionnelle, en avaient alors été modifiées. Ceci peut expliquer les critiques importantes se fixant sur ce séminaire. Un des interrogés avait d'ailleurs exprimé cette modification des attentes vis-à-vis de l'enseignement en fonction de l'avancée dans le cursus et de la vie active.

E8/L232-236 « Après le problème, c'est que si on expliquait que le côté administratif pur pendant nos études, on en aurait rien à faire. Donc, c'est que quand on commence en tant que remplaçant qu'on a envie de connaître ça. Parce que tu galères. Et tant que tu n'es pas vraiment obligé de le faire, ça te saoule d'avoir un cours sur l'administratif en médecine gé quoi. Donc, je ne sais pas comment ils peuvent améliorer ça. »

A la suite des propos que tenaient les médecins ayant participé à cette étude, il paraît tout de même souhaitable que ce séminaire sur le remplacement et l'installation face l'objet d'une évaluation directe de la part des enseignants. En effet, comme le stipule la définition de la médecine générale de la WONCA Europe⁽¹²⁾, la gestion de cabinet fait partie des trois grands champs d'activité du médecin généraliste. Il importe alors que cet aspect du métier soit correctement exposé aux internes.

Cette analyse a permis d'observer que la qualité des séminaires dépend de plusieurs facteurs : la qualité des intervenants, la corrélation des objectifs de formation avec la pratique et avec les attentes des étudiants.

A Brest, ces séminaires sont évalués en fin de journée par les étudiants. Cette évaluation formative de ces formations permet ainsi une rétroaction visant l'amélioration continue des enseignements. Ce point avait d'ailleurs été évoqué lors des entretiens réalisés pour cette étude.

E2/L90-93 « Alors, je trouve que déjà nous, pendant de nos trois ans, il y a eu une modification. Je trouve que ça s'est amélioré par rapport aux tous premiers séminaires qu'on nous a proposé qui restaient très abstraits sur des concepts, des principes comme ça un peu flous. Je trouve que sur la fin, c'était plus adapté et plus pratique »

E9/L96-97 « Mais bon, c'est en train d'être quasiment... C'est en cours d'amélioration, si j'ai bien compris »

E9/L115-116 « Mais, normalement, comme il y a des évaluations des séminaires, ça devrait changer »

On pourrait proposer de renforcer cette rétroaction pédagogique par une seconde évaluation à distance de la formation. Ceci permettrait d'objectiver si celle-ci a été suivie d'effets quant à l'application pratique des connaissances acquises lors d'un séminaire donné. Cette double validation permettrait de mieux cerner les besoins et d'y répondre avec efficacité. En effet, comme cela a été vu, les évaluations formatives répétées permettent de réorienter les objectifs d'apprentissage.⁽⁶⁸⁾

(c) L'organisation

La difficulté liée à la possibilité de participation aux séminaires était évoquée par certains médecins interrogés. Ces difficultés étaient liées à un manque de places disponibles lors de séminaires ou à un défaut d'organisation des stages auxquels les étudiants étaient assignés. Ces problèmes d'organisation empêchaient la participation effective des étudiants aux enseignements.

Ces problèmes organisationnels peuvent avoir une grande influence sur la formation de troisième cycle.

L'enseignement de ce cycle est organisé sous forme de séminaire facultatif permettant aux étudiants de construire leur cursus en fonction de leurs objectifs professionnels. Cette mise en place modulaire correspond aux critères d'une formation professionnelle de qualité selon Perrenoud⁽¹⁾.

Ce caractère modulaire est perdu si les étudiants ne peuvent pas participer aux séminaires qu'ils désirent, pour des raisons d'organisation. La qualité de la formation en est alors diminuée.

Garantir la possibilité de participation des étudiants aux enseignements qu'ils désirent est primordial. Il faudrait ainsi que les stages soient contraints de s'organiser pour assurer la présence de l'étudiant à une formation dès lors qu'une date de séminaire est réservée. Rappelons que selon ses statuts l'interne doit travailler onze demi-journées par semaine dont deux sont consacrées à la formation⁽⁹¹⁾. Il faudrait également que des places soient ouvertes en nombre suffisant lors des différents séminaires. Un mode de pré-inscription pourrait permettre de mettre en place une seconde session de séminaire en cas d'un nombre important d'inscrits. Cette modalité d'inscription aurait le bénéfice de permettre une formation de qualité. Elle alourdirait par contre le travail du DUMG.

(d) Les perspectives d'amélioration

(i) La hiérarchisation des séminaires.

Lors de son entretien, un des médecins interrogés avait soumis l'idée de rapprocher les séminaires des semestres en cours et de l'avancée dans le cursus.

Cette organisation aurait l'avantage de renforcer l'articulation entre théorie et pratique, qui est une autre des caractéristiques des formations professionnelles de qualité selon Perrenoud⁽¹⁾. Ainsi, les étudiants pourraient confronter directement leurs acquisitions théoriques à des cas cliniques concrets.

La mise en place d'une hiérarchisation des séminaires en fonction du degré d'avancement dans le cursus permettrait de réaliser des séminaires plus adaptés aux attentes des étudiants. Ceux-ci auraient alors une vision globale en début de DES. Cette vision serait plus précise en fin de cursus, elle répondrait ainsi à des projets professionnels dont la construction est plus avancée. Cette mise en

place permettrait une formation plus efficace en s'adaptant aux attentes des différents étudiants en fonction de leur avancée dans leur cursus.

Par contre, cette organisation diminuerait l'interaction entre les internes des différentes promotions. Ceci diminuerait la qualité des modalités pédagogiques centrée sur l'apprentissage. En effet, au sein des approches pédagogiques centrées sur l'étudiant, « *l'apprentissage est influencé par les interactions sociales et interpersonnelles de l'apprenant*⁽⁷¹⁾. » En se privant, de l'interaction avec des pairs, à un degré plus ou moins avancé de leur formation, l'apprentissage en serait alors altéré.

(ii) L'utilisation des jeux de rôles.

L'utilisation des jeux de rôles avait aussi été évoquée comme un moyen de renforcer l'enseignement théorique.

Cette modalité pédagogique pourrait être utilisée dans l'apprentissage de la compétence relationnelle⁽¹⁰⁶⁾, de la communication verbale et non verbale. Elle nécessiterait une organisation en petits groupes coordonnés par des membres du DUMG.

Le nombre réduit d'enseignants corrélé à l'augmentation constante des effectifs d'internes à former rend, à priori, difficile la mise en place pratique d'une telle organisation.

(iii) Des séminaires pluri-professionnels

Le recours à des séminaires réunissant différents types de professionnels de santé avait été évoqué lors des entretiens.

Une telle organisation pluri-professionnelle pourrait améliorer l'aptitude des internes à travailler au sein d'un réseau⁽¹⁰⁷⁾. Ce type de séminaire répondrait à un besoin réel comme le montre le développement de plus en plus important de maisons de santé regroupant les différents acteurs de soins ambulatoire.

(iv) Des enseignements répondant à des questions précises de médecine générale.

Certains des médecins, lors de leurs entretiens, avaient évoqué l'idée de mettre en place des enseignements traitant des différentes spécialités d'organes. Ces enseignements auraient été orientés vers les connaissances utiles aux médecins généralistes ou auraient exploré des points précis de médecine générale.

Au vu de l'amplitude des connaissances nécessaires à la pratique de la médecine générale, énoncée dans la définition de la médecine générale, et de la variété infinie des profils de patient à traiter, il semble illusoire de pouvoir mettre en place de tels enseignements. Il paraît également difficile de penser que ceux-ci soient formateurs.

Lors d'un des entretiens, ce point avait d'ailleurs été soulevé.

E6/L163-164 « Je ne crois qu'il y ait de formation comme ça à la fac parce qu'on n'aura jamais le cas précis qu'on a devant soi... »

Ce type de demande de recentrer la formation vers des cours magistraux abordant des points précis à connaître montre que certains des médecins interrogés lors de cette étude étaient fortement

« attachés » aux modalités pédagogiques issues du paradigme d'enseignement. Ceci peut sans doute expliquer les critiques concernant les enseignements théoriques du troisième cycle. Celles-ci peuvent être interprétées comme une difficulté à adhérer aux conceptions centrées sur l'apprenant.

Comme cela a été précisé lors de la description des principes pédagogiques, une incompréhension vis-à-vis des attentes des formateurs peut influencer négativement la qualité des acquisitions. ⁽⁶⁸⁾

(2) Les formations extra-universitaires

La possibilité de pouvoir participer à des formations extra-universitaires était vue comme un point positif de la formation médicale initiale de troisième cycle. Elles permettaient, selon les médecins interrogés, de pouvoir compléter la formation universitaire qui du fait de la complexité de la spécialité ne pouvait couvrir l'ensemble l'amplitude des connaissances à acquérir.

Ces formations permettent de renforcer, l'aspect modulaire et différencié de la formation médicale initiale et en renforce alors la qualité ⁽¹⁾.

La seule critique qui avait été portée lors des entretiens tenait au fait que les étudiants n'étaient pas assez orientés vers ces formations.

Au vu du rôle du tutorat de troisième cycle, visant à guider l'interne dans ces apprentissages, il est possible de penser que ce déficit d'orientation vers des formations utiles au développement d'un projet professionnel tient à un déficit de supervision ou d'interaction entre l'étudiant et son tuteur. ⁽⁹¹⁾

Il faudrait tenter de renforcer ce rôle de guide de la part du tuteur en renforçant la relation entre celui-ci et l'interne dont il a la charge. Dans le but d'une acquisition progressive d'autonomie, le tuteur aurait alors un rôle important en début de DES pour progressivement laisser l'étudiant se prendre en charge.

Le fait de devoir se mettre en relation avec une association de formation médicale continue de manière autonome est important pour la formation de l'interne. En effet, celui-ci prend alors l'habitude de se remettre à niveau. Il s'agit là d'une compétence nécessaire à la pratique de la médecine générale.

L'importance de la remise à niveau des connaissances par la participation à des Formations Médicales Continues avait été exprimée lors des entretiens de l'étude.

E2/L120-122 « Je me suis inscrite au CHEM. Je fais en sorte de faire une formation une fois par mois. Mais ce n'est pas forcément suites à des lacunes, c'est plus pour moi, pour actualiser mes connaissances. »

E3/L114-115 « Il y a toujours la solution des séances de formations médicales continues. »

E8/L34-35 « On est obligé de regarder par nous-même ça c'est normal. C'est de la formation continue. »

E8/L252-253 « je vais recommencer à faire des formations. Parce qu'en général, ça nous recadre les choses »

E7/L110-111 « c'est un métier comme tous les autres, on continue à apprendre tout au long de notre parcours »

c) La formation centrée sur l'apprentissage

L'analyse des données concernant la formation centrée sur l'apprentissage a montré que certains des médecins interrogés n'avaient pas compris et adhéré aux méthodes pédagogiques employées lors du troisième cycle.

Cette méthode d'apprentissage est exigeante pour l'interne et le tuteur. C'est de cette nécessité d'investissement important, de la part des deux membres constituant cette relation, que vient la vulnérabilité de l'approche.

Ainsi, les obstacles à la mise en place de ce type de méthode sont ⁽⁹⁷⁾:

- Le manque de temps. L'interne et son tuteur sont des professionnels en activité et la réalisation d'un RSCA structuré par l'étudiant, ainsi que son analyse par le formateur prennent un temps certain et entrent en concurrence avec d'autres activités.
- L'insuffisance pédagogique ou la mauvaise qualité relationnelle influence négativement ce type de méthode par manque de rétroaction sur le travail accompli par l'interne.
- Le manque de clarté des consignes concernant le travail attendu
- Le caractère non explicite des critères pris en compte lors de l'évaluation du travail

Une autre réserve quant à son utilisation en matière d'évaluation tient à la mauvaise reproductibilité de cette évaluation. Ainsi, la concordance entre la correction d'un même portfolio par deux tuteurs est médiocre. La concordance entre deux corrections par un même tuteur peut être qualifiée de moyenne ⁽⁹⁷⁾.

Ces différentes réserves quant à l'application de cette méthode pédagogique étaient exprimées lors des entretiens réalisés lors de cette étude.

Ainsi, l'impression d'inutilité des RSCA, lors de la formation de troisième cycle, montre que certains internes ne parviennent pas à adhérer aux méthodes pédagogiques centrées sur l'apprenant.

Les variations de charge de travail ainsi que de qualité de la relation entre les différents tuteurs et leurs étudiants qui avaient été exprimées lors des entretiens montrent que la mise en place de ces modalités pédagogiques peut être améliorée à Brest.

De la même manière, les GEAPT, élément structurant de l'acquisition des compétences par la réflexion entre pairs, ne faisaient pas l'unanimité quant à leur utilité. Comme cela a déjà été vu, l'apprentissage d'un étudiant est influencé par ses interactions ⁽⁷¹⁾. Ces groupes devraient alors être perçus comme essentiels à l'acquisition des compétences.

Ainsi pour améliorer, ces enseignements plusieurs points devraient être abordés.

Il faudrait que les étudiants soient correctement informés de ce qu'est le paradigme d'apprentissage pour qu'ils puissent comprendre ce que l'on attend d'eux. Ils pourraient ainsi adapter leurs apprentissages. Ils se sentiraient alors moins perdus.

La formation des tuteurs devrait être renforcée pour éviter de trop grandes variations quant à la charge de travail demandée.

Il faudrait recentrer cette formation sur la relation tuteur/étudiant.

- En modifiant la réalisation des GEAPT comme l'avaient évoqués les médecins interrogés. La réalisation de ces soutenances de RSCA devrait se faire en groupe plus restreint ce qui favoriserait les interactions et ainsi l'apprentissage.
- En mettant en place des entretiens individuels permettant de faire le point sur le chemin parcouru au niveau de l'acquisition des compétences, des stages effectués, des travaux de recherches... Ce type d'entrevue, qui existait avant, permettrait d'améliorer la composante relationnelle de ce type d'approche et permettrait d'en améliorer l'efficacité.

Ce type de modification aurait pour conséquence de majorer la charge de travail des tuteurs, ce qui est comme cela a été vu plus tôt, un facteur limitant de leur investissement dans ce type d'approche.

Un autre moyen de recentrer la formation sur le tutorat serait de limiter le nombre d'étudiants à superviser par un même tuteur. Si une charge de travail excessive porte sur le tuteur, celui-ci n'a pas le temps de jouer son rôle. Il ne peut alors plus analyser et aiguiller correctement les internes dont il a la charge. Cette solution bien qu'intéressante quant à l'amélioration du tutorat de troisième cycle majorerait le travail du DUMG afin de recruter des tuteurs en nombre suffisant.

Il ressortait de propos analysés que les RSCA pouvaient ne pas être authentiques, que certains internes pouvaient en inventer une partie. Un autre médecin interrogé critiquait quant à lui la validité du portfolio. Pour lui, la méthode utilisée pour certifier les connaissances pouvait être falsifiée par le biais du portfolio. La certification des compétences en fin de DES se base sur la réalisation d'un mémoire composé en partie du portfolio regroupant les RSCA de l'interne.⁽⁵⁸⁾ Etant donné le caractère validant du mémoire de DES, il n'est pas concevable que celui-ci puisse être basé sur des RSCA inventés de toutes pièces. Il faudrait ainsi en renforcer la validité. Ce renforcement pourrait prendre la forme d'une certification de l'authenticité de la situation clinique à l'origine du RSCA par le maître de stage de chaque semestre.

d) L'enseignement pratique

Il ressort de l'analyse des données recueillies lors des entretiens que la mise en place pratique du DES de médecine générale est satisfaisante mais perfectible.

Ainsi, les médecins interrogés faisaient des propositions concernant l'apprentissage pratique du cursus de troisième cycle. Celles-ci visaient à majorer la qualité de la formation par une meilleure articulation entre pratique et théorie ainsi que par la conservation d'une organisation modulable.

L'organisation modulable de la formation constitue un critère de qualité. Celle-ci permet aux médecins en formation d'orienter le déroulement de leur maquette de stage en fonction de leur projet professionnel⁽¹⁾. Cet aspect modulable est d'ailleurs un des facteurs de satisfaction lié à la réalisation du stage ambulatoire de niveau 1. C'est également cette « plasticité » de la maquette de DES permettant à chaque étudiant d'organiser sa formation pratique qui explique que la maquette est qualifiée de satisfaisante.

Cette modularité de la formation est par contre diminuée par l'influence du classement sur la réalisation de la maquette des stages. En effet, les choix des différents stages se font en fonction du

nombre de semestres validés, puis, à ancienneté équivalente, en fonction du classement dans la promotion. Ce mode de choix vient s'opposer à la construction personnelle de la formation et à sa qualité. Mais, sans ce mode de classement, la formation ne pourrait pas être structurée et organisée.

Selon Perrenoud, la qualité d'une formation professionnelle repose en partie sur l'articulation de la pratique avec la théorie.

En se basant sur la définition de la médecine générale de la WONCA Europe, il est possible de comprendre que les propositions faites par les médecins interrogés qui exerçaient en ambulatoire visaient à :

- Renforcer la pratique ambulatoire. Ils proposaient ainsi de majorer la formation ambulatoire par la mise en place d'un semestre de médecine ambulatoire de niveau 2 ayant un caractère obligatoire.
- Maintenir un stage aux urgences. La gestion des soins de premiers recours nécessitant d'avoir des aptitudes à la prise en charge des urgences.
- Mettre en place une formation pratique de la gynécologie et de la pédiatrie. Ces deux spécialités constituant des champs de compétences pour lesquels les médecins généralistes sont fréquemment sollicités.
- suspendre le caractère obligatoire du stage au sein du CHU. La formation pratique qui y est dispensée étant « hyperspécialisée » et hospitalière, elle ne correspond pas au projet professionnel d'un médecin de soins primaires ambulatoires.

La mise en place d'un semestre ambulatoire de niveau 2 obligatoire semble difficile à mettre en œuvre du fait du nombre important de maîtres de stage ambulatoire qu'il nécessite pour fonctionner. Cette difficulté est majorée par l'augmentation constante des effectifs d'internes et externes à former. Comme cela a été vu, lors de la description de la formation brestoise, il existe 196 maîtres de stage disponibles ⁽⁹⁹⁾ pour encadrer l'ensemble des apprentissages ambulatoires, ce qui limite le renforcement de ce type de stage. Il faudrait mettre en place un recrutement très important de maîtres de stage afin de pouvoir faire bénéficier à l'ensemble des internes de ce type de stage.

En ce qui concerne, la mise en place d'une formation abordant la gynécologie et la pédiatrie souhaitée par les médecins interrogés, ce travail a permis d'observer qu'il existait une amélioration récente. Ainsi, la mise en place de semestre mère-enfant ambulatoire a permis d'améliorer ce point d'insatisfaction en abordant ces deux champs de compétences et en renforçant la pratique en contexte ambulatoire.

L'obligation de réaliser un semestre au CHU relève d'un arrêté ⁽⁷⁸⁾. Cette obligation ne peut alors pas être levée facilement.

e) Renforcer l'encadrement par le DUMG

Il ressortait des propos des médecins interrogés lors de cette étude qu'il fallait renforcer le Département Universitaire de Médecine Générale par l'apport de nouveaux membres plus jeunes. Ceci permettrait d'avoir une vision plus globale de la spécialité.

Ces propos rejoignent ceux du SNEMG (Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale) qui ne cesse de demander la nomination effective d'enseignants universitaires. Cela permettrait de renforcer les équipes éducatives et ainsi la qualité de la formation.

Sous l'influence conjointe, de l'augmentation des effectifs d'internes à former et de la stagnation des nouvelles nominations d'enseignants universitaires de médecine générale, le ratio est le plus bas de toutes les spécialités médicales avec un enseignant temps plein pour plus de 100 internes. Ce ratio s'aggrave d'ailleurs d'année en année. ⁽¹⁰⁸⁾

La mise en place pédagogique du DES de médecine générale nécessite un investissement conséquent de la part des membres du DUMG pour :

- la formation des tuteurs,
- la formation des maîtres de stage,
- la réalisation de travaux de recherche en médecine générale,
- le suivi des travaux de recherches des étudiants,
- la mise en place des séminaires.

Le renforcement du DUMG est nécessaire pour maintenir la qualité de la formation brestoise se basant sur une interaction entre étudiant et enseignant.

Les enseignants composant le DUMG brestois avaient été qualifiés de disponibles par les médecins interrogés. Pour que cette disponibilité puisse toujours garantir un enseignement de qualité, il faut renforcer l'équipe pédagogique du DUMG.

L'arrivée de membres plus jeunes, au sein du DUMG, est possible et effective comme le montre les prises de fonction des différents chefs de cliniques puis leur nomination aux postes de maîtres de conférence associés. ⁽⁹¹⁾

C. Perspectives d'approfondissement

Cette étude qualitative avait pour but de faire émerger les critères de satisfaction et d'insatisfaction des spécialistes en médecine générale vis-à-vis de la qualité de leur formation médicale initiale.

Le chercheur s'est rendu compte que du fait de l'amplitude des connaissances à aborder, des différentes approches pédagogiques disponibles et de la modularité de l'enseignement clinique et théorique, il n'était pas possible de juger convenablement de la qualité de la formation.

Comme cela a été décrit plus tôt, la formation médicale initiale ne peut répondre à l'ensemble des attentes de la population hétérogène que sont les étudiants en médecine. Des pistes de réflexions émergent tout de même de ce travail.

Il serait utile pour améliorer la qualité de la formation de réaliser une enquête qualitative sur les critères qualité d'une journée de séminaire selon les étudiants et selon les enseignants. La confrontation de ces deux points de vue pourrait secondairement apporter des pistes de réflexions pour renforcer ce type d'enseignement.

Il serait également utile d'explorer la compréhension que les internes ont de l'approche par compétence tant celle-ci a une influence sur la qualité de la formation.

Conclusion

Ce travail a permis, à travers le regard critique de spécialistes en médecine générale sur leur formation initiale, de faire ressortir des facteurs de satisfactions et d'insatisfactions liés à l'adéquation de celle-ci par rapport à leur exercice quotidien.

Il a été objectivé, lors de cette étude, que ces facteurs pouvaient varier d'un médecin à un autre. Cette différence est liée à l'hétérogénéité des pratiques possibles en médecine générale qui entraîne une grande variété d'attentes vis-à-vis de la formation. En fonction des objectifs professionnels de chaque médecin, une même formation pourra être vue de manière différente.

Ainsi, bien que l'ensemble des interrogés de cette étude s'estimait compétent pour exercer la médecine générale ambulatoire chacun d'eux formulait des critiques sur la formation médicale initiale qu'il avait suivie. De cette grande variabilité de vision de la formation, ressortaient quelques facteurs de satisfaction ou d'insatisfaction portant sur celle-ci.

A partir de la réflexion menée autour de ces facteurs, il est possible de définir des propositions d'amélioration de la formation médicale initiale.

Cette étude a mis en évidence qu'un facteur permettant d'améliorer le sentiment de compétence à exercer était l'expérience de la pratique ambulatoire, notamment lors du troisième cycle. Cette idée peut être rapprochée de l'envie des médecins interrogés de faire croître la place de la médecine ambulatoire au sein de la formation médicale initiale notamment par l'instauration d'un SASPAS à caractère obligatoire.

Il est ressorti de ce travail que les médecins interrogés désiraient majorer le poids des enseignements théoriques par l'augmentation du nombre de séminaires, la facilitation de participation à ceux-ci, l'apport de nouveaux thèmes de séminaires centrés sur l'empathie ou sur une approche pluri professionnelle ainsi que par l'utilisation de nouveaux outils pédagogiques tels que les jeux de rôles. Mais que dans le même temps certains les trouvaient inadaptés et peu utiles à leur pratique.

Lors de l'analyse des entretiens, il est apparu que certains des médecins interrogés n'avaient pas compris l'intérêt des apprentissages réalisés dans le cadre du tutorat. Celui-ci était parfois vu comme peu efficace du fait d'un manque de relation tuteur-interne. Du fait de la place primordiale du tutorat dans l'organisation pédagogique du troisième cycle, il importe d'améliorer ces points. Il conviendrait d'informer les internes sur le paradigme d'apprentissage ainsi que de renforcer la relation tuteur/interne. Cependant leur confiance dans leurs compétences professionnelles et leur façon implicite de les nommer semble indiquer qu'ils les ont intégrés dans leur pratique.

Toutes ces modifications potentielles sont limitées dans leurs mises en place effectives par l'investissement « humain » conséquent qu'elles nécessitent (effectif limité du DUMG, des maîtres de stage, des tuteurs...). L'encadrement de l'ensemble des formations de médecine générale est dépendant d'un recrutement important d'enseignants investis. Ce recrutement est limité par la lenteur de mise en place de la Filière Universitaire de Médecine Générale.

Ce travail a permis d'objectiver que la formation médicale initiale délivrée à Brest possédait l'ensemble des caractéristiques d'une formation professionnelle de qualité définie par Philippe Perrenoud⁽¹⁾. L'ensemble des critiques émises quant à la mise en place pratique de celle-ci montre qu'elle est perfectible, avec notamment l'apparition du stage ambulatoire en second cycle, ainsi que celle de semestre mère-enfant ambulatoire lors du troisième cycle.

L'étude réalisée reste une étude qualitative qui décrit des facteurs expliquant le ressenti de la formation faite à Brest en médecine générale. Il serait utile de la compléter afin d'obtenir une saturation des données par la poursuite de recherches qualitatives axées sur des questions de recherche plus précises. Ceci permettrait d'explorer les différentes composantes de la formation médicale initiale en évitant les difficultés liées à une étude globale rencontrées dans ce travail. Il sera ensuite important d'utiliser ces données saturées pour une enquête quantitative permettant de pondérer l'importance de chaque thème.

Pour conclure ce travail, il est possible de dire que la formation médicale initiale d'un médecin généraliste reste complexe et mouvante telle que la première partie de celui-ci a tenté de le démontrer. Cette formation s'améliore de manière continue mais reste perfectible comme les résultats obtenus par cette étude ont pu le démontrer.

Bibliographie

1. Perrenoud P. La qualité d'une formation se joue d'abors dans sa conception. *Pédagogie collégiale* 1998; 11: 16-22.
2. Béraud C. *Trop de médecine, trop peu de soins*. Vergèze : Thierry Souccar Editions. 2013. 15-349
3. Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. Rapport au Président de la République. France. 2010. Disponible à: http://www.leciss.org/sites/default/files/101126_rapport_definitif_hubert.pdf. (consulté en juillet 2014).
4. Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Rapport au Président de la république. France. 2010. Disponible à: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000184/>. (consulté en juillet 2014).
5. White K, Williams T, Greenberg B. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961;265:885-95.
6. Ouest France. Pour une meilleure prise en charge du patient. Article de journal. France. 2013. Disponible à: <http://www.ouest-france.fr/pour-une-meilleure-prise-en-charge-du-patient-640021>. (consulté en juillet 2014).
7. Grimaldi A. *L'hôpital malade de la rentabilité*. Paris : Editions Fayard. 2009.
8. Peneff J. *La France malade de ses médecins*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond. 2005.
9. Renard V. La formation en médecine générale doit être renforcée. Article du journal *Le Monde*. France. 2014. Disponible à: http://www.lemonde.fr/sciences/article/2014/04/28/tribune-science-la-formation-en-medecine-generale-doit-etre-renforcee_4408530_1650684.html. (consulté en juillet 2014).
10. Institut national de la statistique et des études économiques. Définitions des soins ambulatoires. Disponible à: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/soins-ambulatoires.htm>. (consulté le 24 juillet 2014).
11. Le parlement européen , Le conseil de l'union européenne. DIRECTIVE 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. *Journal officiel de l'Union européenne*. 2005; L255: 22-143. Disponible à: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2005.255.01.0022.01.FRA. (consulté en juillet 2014).
12. Wonca Europe. Définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002. Disponible à: <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>. (consulté le 24/07/2014)
13. Organisation mondiale de la santé. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. 1978. Disponible à: http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/. (consulté le 24/07/2014)
14. Article L1411-11 du Code de Santé Publique. Disponible à : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=E0F99A6D7917EE6BD8FFDBB699264BE7.tpdjo06v_1?idArticle=LEGIARTI000006686929&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20100630 (consulté le 24 juillet 2014).

15. The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice. Leeuwenhors. Pays-bas. 1974. Disponible à : <http://www.polesante.fr/v2/services-de-soins/medecine-generale/medecine-generale-definitions-1/>. (consulté le 24/07/2014).
16. Polak B. History of the Leeuwenhorst Group. Conférence sur l'enseignement en médecine générale.. Anvers. Belgique. 1982. Disponible à : <http://www.euract.eu/resources/documents/finish/23-documents/121-history-of-the-leeuwenhorst-group>. (consulté le 24 juillet 2014).
17. Bentzen B, Bridges-Webb C, Carmichael L et al. The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems :a statement from WONCA. 1991. Disponible à : <https://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/wonca-statement-1991.pdf>. (consulté le 24/07/2014).
18. Galais JL et al. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Doc.Rech.Med.Gen-SFMG 1994:1-107. Disponible à : http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/213/fichier_actes_fonction021a1.pdf. (consulté le 24/07/2014)
19. Gay B. What are the basic conditions for defining general practice. Présentation au premier congrès de la Société Européenne de Médecine générale / Médecine de famille (WONCA Europe). Strasbourg. 1995. Disponible à : <http://www.polesante.fr/v2/services-de-soins/medecine-generale/medecine-generale-definitions-1/>. (consulté le 24/07/2014).
20. Samuelson M, Goriaux JL, Maulme JM, Née E, Vandenbossche S. Pour un référentiel métier du médecin généraliste. Rénover l'enseignement de la médecine générale. Doc.Rech.Med.Gen-SFMG 1998 ;51 :1-43. Disponible à : http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/212/fichier_dr51_referentiel_metier46229.pdf. (consulté le 24/07/2014).
21. Organisation Mondiale de la Santé. Cadre pour le développement professionnel et administratif de la Médecine générale / Médecine de famille en Europe. Copenhague. 1998. Disponible à : <http://www.polesante.fr/v2/services-de-soins/medecine-generale/medecine-generale-definitions-1/>. (consulté le 24/07/2014).
22. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice-time for a new definition. BMJ 2000; 320:354-57. Disponible à : <http://www.polesante.fr/v2/services-de-soins/medecine-generale/medecine-generale-definitions-2/>. (consulté le 24/07/2014).
23. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312:71-2.
24. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine 1990 ; 65 : S63-67. Disponible à : <http://winbeb.pbworks.com/f/Assessment.pdf>. (consulté le 24/07/2014).
25. Boudreault H. Avez-vous dit compétence?. 2010. Disponible à : <http://didapro.me/2010/04/28/avez-vous-dit-competence/>. (consulté le 28/07/2014).
26. Jonnaert P, Barrette T, Boufrahi S, Masciotra D. Contribution critique au développement des programmes d'études : compétences, constructivisme et interdisciplinarité. Revue des Sciences de l'éducation 2005; volume XXX(3): 667-96. Disponible à : http://www.llqb2.fr/fo/Projet-Commun/Documents_disponibles_sous_forme_electronique/25-ARTICLES_SCIENTIFIQUES/Article_ContributionCritiqueProgrammeEtude_Jonnaert_2005_028.pdf. (consulté le 28/07/2014).

27. Groupe Certification, Collège National des Généralistes Enseignants. Les compétences du médecin généraliste. *Exercer* 2005;74:94-5. Disponible à : http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Certification_1.pdf.
28. Gruening U, Swiss college of primary care medicine. Arbre WONCA. 2004. Disponible à : http://www.kollegium.ch/media/cm/WONCA-tree_rev2011_Engl-Dt-Frc.pdf.
29. European Academy of Teachers in General Practice. The EURACT Educational Agenda.. Conférence de la Wonca Europe. Kos. Grèce. 2005. Disponible à : <http://www.euract.eu/official-documents/finish/3-official-documents/93-euract-educational-agenda>. (consulté le 28/07/2014).
30. Attali C, Bail P, Magnier AM, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. *Exercer* 2006; 76:31-2. Disponible à : http://www.parisouest.cnge.fr/doc/Attali_Bail.pdf.
31. Collège National des Généralistes Enseignants. Abrégés Connaissances et Pratique- Médecine générale. 2^e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson. 2009.
32. Collège National des Généralistes Enseignants. Présentation du DES. 2012. Disponible à : http://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/. (consulté le 05/09/2014).
33. Groupe niveaux de compétences, Collège National des Généralistes Enseignants. La marguerite des compétences. Disponible à : http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Marguerite_version_definitive.pdf.
34. Compagnon L, Bail P, Huez JF, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer* 2013; 108: 148-55.
35. Compagnon L, Bail P, Huez JF, et al. Les niveaux de compétences. *Exercer* 2013;108:156-64..
36. Dachez R. Histoire de la médecine De l'antiquité à nos jours. 2^e éd. Paris: Editions Tallandier; 2012.
37. Poirier J. Fonctions et privilèges des externes des hôpitaux de Paris (1802-1968). *La revue du Praticien* 2014; 64: 142-45. Disponible à : <http://www.larevuedupraticien.fr/histoire-de-la-medecine/fonctions-et-privileges-des-externes-des-hopitaux-de-paris-1802-1968>.
38. Guillaume P, Hoerni B. 1803: le Consulat organise la médecine Une célébration oubliée. *La revue du Praticien* 2003; 53: 1619-21. Disponible à : <http://www.larevuedupraticien.fr/histoire-de-la-medecine/1803-le-consulat-organise-la-medecine-une-celebration-oubliee>.
39. Ambroise-Thomas P. La formation des médecins français et le monde hospitalo-universitaire hier et aujourd'hui. Séance publique de l' académie des sciences morales et politiques. 2007. Disponible à : http://www.asmp.fr/travaux/communications/2007/ambroise_thomas.htm. (consulté en juillet 2014).
40. Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. JORF 1958: 12070. Récupéré sur Légifrance: <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000886688>
41. Green L, Fryer GJ, Yawn B, Lanier D, Dovey S. The ecology of medical care revisited. *New Engl J Med* 2001; 344(26):2021-5.
42. Art. 15 : Loi n° 71-557 du 12 juillet 1971 aménageant certaines dispositions de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur. JORF 1971: 6908-10. Disponible à : <http://www.alliot.fr/esr/loi-71-557.pdf>.
43. SFMG. Présentation de la société française de médecine générale. Disponible à : <http://www.sfm.org/presentation/>. (consulté le 05/09/2014).

44. Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques. JORF 1982: 3861. Disponible à : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000880032>.
45. Art. 5: Décret n°88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF 1988: 4650. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000704452>.
46. CNGE. Historique du Collège National des Généralistes Enseignants. 2012. Disponible à: http://www.cnge.fr/le_cnge/historique_du_cnge/. (consulté le 05/09/2014).
47. Décret n°88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF 1988: 4650. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000704452>.
48. Décret n°91-966 du 20 septembre 1991 relatif aux personnels associés des centres hospitaliers et universitaires dans les disciplines médicales et odontologiques. JORF 1991 ; 222 : 12421 . Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006078079>.
49. Décret du 5 novembre 1991 portant nomination de professeurs associés de médecine générale (enseignements supérieurs, disciplines médicales). JORF 1991 ; 263. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000172907>.
50. *Circulaire n° 97-620 du 24 septembre 1997 relative au stage pratique des résidents auprès des médecins généralistes agréés*. Disponible à : http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Circulaire_97-620_1.pdf.
51. Décret n°97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. JORF 1997; 115: 7538 Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000381745>.
52. Legendre J. Projet de loi relatif à la modernisation sociale. 2001. Disponible à: http://www.senat.fr/rap/a00-276/a00-276_mono.html#toc4.
53. Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale. Quelles sont les dates clefs de la création de la FUMG?. 2008. Disponible à : <http://www.snemg.fr>.
54. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. JORF 1997; 72: 4684. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000565003&categorieLien=id>.
55. Décret n°2001-64 du 19 janvier 2001 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF 2001; 22 : 1371. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000220977>.
56. Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. JORF 2002 : 1008. Disponible à: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905>.
57. Arrêté du 30 avril 2004 fixant le nombre de postes mis aux concours de l'internat en médecine par zone géographique et discipline ainsi que leur répartition par subdivision d'internat au titre de l'année universitaire 2004-2005. JORF 2004 ; 104 : 7937-41. Disponible à : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-19/a0191381.htm>.
58. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. JORF 2004; 233: 17076. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238&dateTexte=&categorieLien=id>.

59. Arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. JORF 2006 ;273 : 17696. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006054784>.
60. Décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale. JORF 2008; 176. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019267080>.
61. Loi n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale. JORF 2008 ; 34 : 2454. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018088910&dateTexte=&categorieLien=id>.
62. Arrêté du 18 août 2009 déterminant le nombre et la localisation des emplois de professeur des universités de médecine générale offerts à l'intégration au titre de l'année 2009. JORF 2009 ;216. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021044839&dateTexte=&categorieLien=id>.
63. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF 2009 ; 167 : 12184. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>
64. Arrêté du 18 juin 2009 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. BO 2009; 2009/7: 134-7. Disponible à : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-07/ste_20090007_0100_0109.pdf.
65. Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé. JORF 2009 ; 266 : 19838. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021276755&dateTexte&categorieLien=id>.
66. *Arrêté du 24 juin 2011 modifiant l'arrêté du 18 juin 2009 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.* BO Santé – Protection sociale – Solidarité 2011; 2011/7 : 101. Disponible à : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-07/ste_20110007_0100_0062.pdf
67. *Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.* JORF 2013 ; 95 : 7097. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027343762>
68. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. Pédagogie médicale 2002; 1: 38-52. Disponible à : http://www.sante.univ-nantes.fr/med/dfmc/diu_ped_med/doc/Evaluation_Jouquan.pdf.
69. Bernard JL, Reyes P. Apprendre en médecine (1ère partie). Pédagogie Médicale 2001;3:163-169. Disponible à : <http://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2001/03/pmed20012p163.pdf>.
70. Tardif J. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. L'évaluation des apprentissages. Réflexions, nouvelles tendances et formation. Université de Sherbrooke 1993: 27-56. Disponible à : <https://cudc.uqam.ca/upload/files/15btardif.pdf>.
71. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage?. Pédagogie Médicale 2003; 4:163-75. Disponible à : http://www.sante.univ-nantes.fr/med/dfmc/diu_ped_med/doc/Jouquan.pdf.

72. Bail P, Attali C, Chevalier P, et al. Certification: Un Cadre théorique pour étayer les orientations. *Exercer* 2005; 74: 83-85. Disponible à : http://cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Certification_1.pdf.
73. Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales. *JORF* 2011; 87: 6514. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023850797&dateTexte=&categorieLien=id>.
74. Processus de Bologne: création de l'espace européen de l'enseignement supérieur. 1999. Disponible à : http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/lifelong_learning/c11088_fr.htm. (Consulté en septembre 2014).
75. Arrêté du 23 avril 2002 relatif aux études universitaires conduisant au grade de licence. *JORF* 2002 ; 101: 7821. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000590566>.
76. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. *JORF* 2004 ; 15 : 1394. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781658>.
77. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. *JORF* 2001 ; 250 : 16963. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000773722>.
78. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. *JORF* 2010 ; 199: 15668. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022747156&dateTexte=&categorieLien=id>.
79. République Française. Circulaire DGS/DES/ 2004 / n° 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé. Disponible à : http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Circulaire_DGS-DES-2004_n_192_du_26_avril_2004_1.pdf.
80. Arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales. *JORF* 1992 ; 74 : 4231. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006078898>.
81. Arrêté du 10 octobre 2000 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. *JORF* 2000 ; 241 : 16482 . Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000767663&dateTexte=&categorieLien=id>.
82. Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé de Brest. Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES). Disponible à : <http://www.faculte-medecine-brest.fr/premiere-annee-commune-des-etude.php>. (consulté en septembre 2014).
83. Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé de Brest. Diplôme de formation générale en sciences médicales (DFGSM). Disponible à : http://www.faculte-medecine-brest.fr/diplome-de-formation-generale-en_0.php (consulté en septembre 2014).
84. Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé de Brest. Tutorat PACES. Disponible à : http://www.faculte-medecine-brest.fr/tutorat-paces_0.php. (consulté en septembre 2014)

85. Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé de Brest. Modalités de contrôle des connaissances de la deuxième année des études du diplôme de formation générale en sciences médicales – DFGSM.2 - . Disponible à : http://www.faculte-medecine-brest.fr/telechargement.php?id_page=0-13-69-141-517&file=MCC_L2_2013_14.def.pdf. (consulté en septembre 2014).
86. Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé de Brest. Modalités de contrôle des connaissances de la troisième année des études du diplôme de formation générale en sciences médicales – DFGSM.3 - . Disponible à : http://www.faculte-medecine-brest.fr/telechargement.php?id_page=0-13-69-141-518&file=MCC_L3_2013_14.def_1.pdf. (consulté en septembre 2014).
87. Arrêté du 2 mai 2007 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicale. *JORF 2007 ; 108: 8290*. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000466213&fastPos=1&fastReqId=1183750400&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>. (consulté en septembre 2014).
88. Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé de Brest. Modalités de contrôle des connaissances de la première année des études du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales – DFASM.1 -. Disponible à : http://www.faculte-medecine-brest.fr/telechargement.php?id_page=0-13-69-597-598&file=MCC_DFASM1_2013_14_v.Def.pdf. (consulté en septembre 2014).
89. Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé de Brest. Modalités de contrôle des connaissances de la troisième année du second cycle DCEM 3. Disponible à : http://www.faculte-medecine-brest.fr/telechargement.php?id_page=0-13-69-71-147&file=MCC_D3_2013_2014.def_1.pdf. (consulté en septembre 2014).
90. Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé de Brest. Modalités de contrôle des connaissances de la quatrième année du second cycle DCEM.4. Disponible à : http://www.faculte-medecine-brest.fr/telechargement.php?id_page=0-13-69-71-150&file=MCC_D4_20123_2014.def.pdf. (consulté en septembre 2014).
91. Département Universitaire de Médecine Générale de Brest. Guide du DES de Médecine Générale. 2014. Disponible à : http://www.brest.cnge.fr/IMG/pdf/Guide_DES_2014.pdf. (consulté en septembre 2014).
92. Département Universitaire de Médecine Générale de Brest. Planning des seminaires TCEM 2014-2015 . Disponible à : http://www.brest.cnge.fr/IMG/pdf/planning_des_seminaires_TCEM_2014_2015.pdf. (consulté en septembre 2014).
93. Galam E. Produire des traces d'apprentissage : le RSCA. *La Revue du Praticien Médecine Générale* 2008; 794: 92-3. Disponible à : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4249_ProduireTraces-Rdp-Janv08.pdf. (consulté en aout 2014).
94. Le Mauff P, Farthouat N, Goronflot L, Urion J, Senand R. Récit de Situation Complexe et Authentique: le modèle Nantais. *La Revue du Praticien Médecine Générale* 2004; 654/655. Disponible à: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/16_-_RSCA_le_modele_nantais.pdf. (consulté en aout 2014).
95. Département Universitaire de Médecine Générale de Brest. Liste de situations cliniques pour le portfolio. 2011. Disponible à : http://www.brest.cnge.fr/article.php3?id_article=37. (consulté en septembre 2014).
96. Département Universitaire de Médecine Générale de Brest. Analyse des aspects qualitatifs du RSCA. 2011. Disponible à : http://www.brest.cnge.fr/article.php3?id_article=37. (consulté en septembre 2014).

97. Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. *Pédagogie Médicale* 2006; 2: 110-27. Disponible à : <http://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2006/02/pmed20067p110.pdf>. (consulté en août 2014).
98. MIG 29- Syndicat des internes de médecine générale de Brest. Les périphériques. 2010. Disponible à : <http://www.mig29.fr/node/6>. (consulté en septembre 2014).
99. Département Universitaire de Médecine Générale de Brest. Maitres de stages. 2014. Disponible à : http://www.brest.cnge.fr/IMG/pdf/MDS_total_novembre_2014.pdf. (consulté en octobre 2014).
100. Lajarrige B (Responsable administratif du DUMG de Brest). Nombre de postes de SASPAS disponibles au choix en 2014 à Brest. Entretien informel réalisé 16 septembre 2014.
101. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Revue Médicale Suisse* 2004; 503. Disponible à : <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=24011>. (consulté en septembre 2014).
102. Garreau L. La théorie enracinée en pratique : vers un dépassement de la tension entre scientificité et créativité dans les recherches basées sur la théorie enracinée ?. Disponible à : http://basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/4798/plugin-download_garreau_aims.pdf?sequence=2. (consulté en septembre 2014).
103. Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé de Brest. Objectifs de la réunion de rentrée universitaire du 06 09 2013 . 2013. Disponible à : http://www.faculte-medecine-brest.fr/telechargement.php?id_page=0-13-69-597&file=ACCUEIL_DFASM1_2013_2014_V.02.ppt. (consulté en septembre 2014).
104. Université de Bretagne Occidentale. Diplôme d'Université: échographie en médecine générale. Disponible à : http://www.univ-brest.fr/digitalAssets/22/22750_DU_Echographie.pdf. (consulté en septembre 2014).
105. Marin E. Enseigner l'empathie en médecine? Revue de la littérature et propositions d'outils pédagogiques. Thèse de docteur en médecine. Lyon. 2011. Disponible à : http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/MARIN_Elsa_These_Partie1_1358171346069.pdf. (consulté en août 2014).
106. Bellivier F. Apprentissage des la relation médecin-malade: Intérêt des jeux de rôle en complément des cours magistralux et des enseignements dirigés. Mémoire pour le DIU de pédagogie médicale. 2005. Disponible à : http://www.edu.upmc.fr/medecine/pedagogie/memoire/Bellivier_2005.pdf. (consulté en août 2014).
107. Fiquet L, Annezo F, Hugé S, Renaut P. Formation initiale: un séminaire pluri-professionnel pour "apprendre à travailler ensemble". *La revue Prescrire* 2014; 370: 632.
108. Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale. Le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche fait barrage au développement de la filière universitaire de médecine générale. Communiqué de presse. 2014. Disponible à : http://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/communiquede_presse_snemg_le_ministere_de_lenseig/. (consulté en août 2014).
109. Lerouge J, Taha A, Renard V, Collège National des Généralistes Enseignants. Etat des lieux de la Médecine générale universitaire au premier janvier 2013. Disponible à : http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Etat_des_lieux_Medecine_generale_U_201301.pdf. (consulté en septembre 2014).

Annexes

Annexe1 : Notice d'information



Département Universitaire de Médecine Générale

22, avenue Camille Desmoulins CS 93837 – 29238 – Brest CEDEX
3

Tél : 02 98 01 65 52 – fax : 02 98 01 64 74

NOTICE D'INFORMATION

Investigateur coordonnateur principal

Nom : Professeur Bernard Le Floch

Adresse : Département Universitaire de Médecine Générale – 22 avenue Camille Desmoulins - 29238
Brest Cedex 3

Promoteur

Département Universitaire de Médecine Générale – 22 avenue Camille Desmoulins - 29238 Brest
Cedex 3

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude par un interne en médecine générale. Le DUMG de Brest est le promoteur de cette étude, il en est responsable et en assure l'organisation.

Monsieur Erwan Ogor vous expliquera son travail de thèse. Si vous décidez de participer à cette recherche, on vous demandera de signer un formulaire de consentement. Cette signature confirmera que vous êtes d'accord pour participer à cette étude.

DEROULEMENT DE L'ETUDE

Cette étude basée sur des entretiens avec des spécialistes en médecine générale ayant effectué leur troisième cycle d'études au sein de la faculté de Brest vise à rechercher l'adéquation entre la formation médicale initiale proposée et l'exercice médical quotidien de la médecine générale afin de rendre le cursus universitaire plus efficient.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à l'étude à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans que cela n'entraîne de conséquences.

Dans ce cas, vous devez informer le médecin investigateur de votre décision.

Dans le cas où vous retirez votre consentement, nous effectuerons un traitement informatique de vos données personnelles sauf opposition écrite de votre part.

Durant l'étude, vous serez averti(e) par votre médecin investigateur, si des faits nouveaux pouvaient affecter votre volonté de participer à l'étude.

OBTENTION D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Si vous le souhaitez, le Professeur Le Floch, que vous pourrez joindre au numéro de téléphone suivant 02 98 01 65 52 pourra répondre à tout moment à toutes vos questions concernant l'étude.

A l'issue de l'étude, et à votre demande, vous pourrez être informé(e) des résultats globaux de la recherche par votre médecin investigateur.

CONFIDENTIALITE ET UTILISATION DES DONNEES MEDICALES

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle le DUMG de Brest et le Pr Le Floch vous proposent de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière, qui vous a été présenté.

A cette fin, les données recueillies, y compris tout questionnaire et les données relatives à vos habitudes de vie seront transmises au Promoteur de la recherche où seront traitées les données de cette étude.

Ces données sont anonymes et seront identifiées par un numéro de code.

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Annexe 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et de signer le formulaire de recueil de consentement. Vous conserverez un exemplaire de cette note d'information.

Promoteur :

Département Universitaire de Médecine Générale – 22 avenue Camille Desmoulins –
29238 Brest Cedex 3

De :

.....

Adresse :

Mr Erwan OGOR

Université de rattachement : Brest

M'a proposé de participer à une étude

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude, et je suis conscient(e) que ma participation est entièrement volontaire et que cette étude n'engendrera aucun surcoût à ma charge.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de la recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe du médecin investigateur, mandatées par le promoteur.

J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi Informatique et liberté. J'ai été informé de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Fait en deux exemplaires originaux
à, le

Nom, prénom de l'intéressé (e) :	Nom, prénom de l'investigateur :
Signature :	Signature :

Annexe 3 : Questionnaire

Entretien N° _____ Date : _____ / _____ / 2014

Vous êtes : _____ un homme _____ une femme

Année de naissance : _____

Catégorie professionnelle de vos parents : père : _____ mère : _____

Votre lieu de vie actuel : rural _____ semi-rural _____ urbain _____

Faculté de réalisation de votre premier cycle de médecine : _____

Faculté de réalisation de votre second cycle de médecine : _____

Année de passage de l'Examen National Classant : 2007 _____ 2008 _____ 2009 _____

Rang de classement à l'Examen National Classant : _____

Pourquoi avoir choisi la spécialité de médecine générale et l'université de Brest pour votre troisième cycle :

Quels stages avez-vous réalisés lors de votre troisième cycle de médecine générale ?

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

En cas de réalisation d'un SASPAS, lieu de celui-ci : rural _____ semi-rural _____ urbain _____

Modalité de votre exercice actuel :

Installation _____ remplacement _____ collaboration _____ autre : _____

Quels ont été vos modes d'exercice depuis la fin de votre DES (en numérotant de manière chronologique en cas de réponses multiples) ?

Installation _____ remplacement _____ collaboration _____ autre : _____

Comment se structure votre lieu d'exercice actuel ? (remplacement le plus fréquent pour les médecins remplaçants)

Cabinet isolé _____ cabinet de groupe _____ maison de santé _____ autre : _____

Lieu d'exercice actuel ? (remplacement le plus fréquent pour les médecins remplaçants)

Rural _____ Semi-rural _____ Urbain _____

(rural <2000 ha < semi-rural < 5000 ha < urbain)

Annexe 4: Guide d'entretien

Ayant fini votre troisième cycle d'étude de médecine générale, vous avez soutenu un mémoire de DES et obtenu une certification de votre aptitude à exercer votre profession de médecin généraliste.

Cette soutenance de fin de DES est venue clore les neuf ans de formations médicales initiales ayant pour but de vous faire acquérir les capacités nécessaires à la pratique quotidienne de la médecine générale.

Vous pratiquez maintenant la médecine générale depuis plusieurs mois à années de manière autonome et vous pouvez donc, au vu de votre pratique quotidienne, avoir un regard critique, positif ou négatif, et constructif sur votre formation initiale.

Le but de cette démarche étant de souligner les points forts de la formation mais aussi de mettre en lumière les points à améliorer.

1. Pouvez-vous me raconter un moment de votre exercice quotidien depuis la fin de votre DES où vous vous êtes trouvé particulièrement compétent ou incompétent ?
2. Selon vous, quelles sont les aptitudes à acquérir pour pouvoir exercer la médecine générale de manière efficace au quotidien?
3. Pouvez-vous me décrire en quelques mots, comme si je n'étais pas médecin, le déroulement global et le rôle des différents cycles de la Formation Médicale Initiale d'un médecin généraliste vis-à-vis de l'apprentissage pratique et théorique ?
Trame globale de la formation théorique et pratique (1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} cycle) et but de chaque cycle.
4. Que pensez-vous de l'organisation globale, théorique et pratique, du troisième cycle de médecine générale à Brest?
(Quel est votre avis sur la maquette des stages, les tutorats individuels et en groupe, les séminaires obligatoires et facultatifs, le recours à des formations extra universitaires complémentaires?)
5. En quoi votre formation médicale initiale vous a-t-elle permis d'acquérir les aptitudes pour la pratique de la médecine générale au quotidien ?
Formation de 1^{er} cycle
Formation de 2^{ème} cycle
Formation de 3^{ème} cycle
6. Au vu de l'expérience acquise depuis la fin de votre DES avez-vous repéré des aptitudes à exercer la médecine générale non abordées lors de vos études et avez-vous tenté de compenser ces déficits de formation initiale ? Si oui quels sont-ils et comment avez-vous tenté de les compenser ?
FMC : thème ? Raisons ?
7. Vous sentez-vous, actuellement, à même d'exercer la médecine générale au quotidien et en quoi ce sentiment a-t-il pu évoluer depuis la fin de votre DES ?
Sensation de compétence à la fin du DES ?
Amélioration, stagnation, dégradation de l'impression de compétence
8. Quels sont, selon vous, les points forts et les points faibles de votre formation initiale brestoise ?
9. Cet entretien est maintenant fini. Existe-t-il, selon vous, des points qui n'ont pas été abordés sur le sujet qui vous a été présenté initialement et que vous auriez voulu aborder ?

Annexe 5 : Tableaux des codages

Codage	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9
Sentiment de compétence à exercer la médecine générale	E1/L109	E2/L125	E3/L132-133	E4/L156(1)	E5/L109; E5/L115	E6/L158	E7/L107	E8/L242-244	E9/L199
La pratique quotidienne et l'expérience améliorent le sentiment de compétence									
Importance de l'expérience dans la majoration du sentiment de compétence	E1/L86-87 E1/L110-112 E1/L114-115		E3/L134-135 E3/L139	E4/L156 (2)	E5/L109-112	E6/L116-118 E6/L158-159 E6/L159	E7/L107-109		E9/L169-171 E9/L212
La pratique quotidienne de la médecine générale majore le sentiment de compétence		E2/L127-130		E4/L169-171					
Avoir une démarche diagnostique efficace renforce le sentiment de compétence			E3/L23-24						
Savoir gérer un cabinet médical est important pour le sentiment de compétence				E4/L171-172					
La gestion du stress et de l'incertitude améliorent le sentiment de compétence								E8/L241-242	
Le travail en réseau améliore le sentiment de compétence									
Importance du réseau de soins dans l'amélioration des pratiques	E1/L112-113		E3/L117-118					E8/L270-272	
La qualité de la formation médicale initiale de 3e cycle améliore le sentiment de compétence									
Une formation plus précoce permet d'augmenter le sentiment de compétence				E4/L76-77					
Importance du stage aux urgences dans le sentiment de compétence				E4/L157-158					
Importance de la pratique lors des stages dans l'acquisition du sentiment de compétence							E7/L90-91		
Le stage de gynécologie améliore le sentiment de compétence								E8/L166-167	
Apport des stages de médecine ambulatoire de niveau 1 et 2 dans l'acquisition des compétences de médecine générale.	E1/L87-88 E1/L109-110					E6/L117	E7/L113-114		
Le 3e cycle permet d'acquérir le sentiment de compétence						E6/L123	E7/L112		
Le sentiment de compétence augmente avec l'importance des connaissances						E6/L160(1)	E7/L111		
Le manque de pratique diminue le sentiment de compétence									
Le sentiment compétence diminue en cas d'absence de mise en pratique des connaissances	E1/L100-102								
Le sentiment de compétence diminue en cas de manque de pratique		E2/116-118							

Avoir des compétences Biomédicales

avoir des compétences cliniques et pratiques									
avoir des aptitudes à réaliser un examen clinique.				E4/L46-48		E6/L53; E6/L122			
avoir des aptitudes aux de gestes techniques	E1/L27-30; E1/L97-98		E3/L96-97						
avoir une démarche clinique rigoureuse	E1/L46; E1/L48-49; E1/L83	E2/L31							
avoir des compétences diagnostiques et thérapeutiques							E7/L20; E7/L84-85		
avoir des compétences paracliniques									
savoir réaliser des bilans de débrouillage		E2/L25							
savoir prescrire des explorations complémentaires			E3/L23-24						
avoir des compétences théoriques									
avoir un bagage de connaissances théoriques de base.	E1/L41; E1/L47; E1/L63-64; E1/L80		E3/L29-30; E3/L86	E4/L31-32		E6/L121- 122	E7/L84; E7/L88-90		E9/L52-53
avoir des bases de connaissances de pharmacologie						E6/L59-60; E6/L115- 116			

Avoir des compétences Relationnelles

avoir des capacités relationnelles									
avoir des aptitudes relationnelles	E1/L34(1); E1/L44; E1/L49; E1/L80-81							E8/L50(2)	E9/L54
savoir mettre en place une relation de soutien bénéfique pour le patient	E1/L35-36			E4/L36					
savoir établir une relation thérapeutique basée sur la confiance	E1/L36					E6/L46			
avoir une relation respectueuse avec le patient			E3/L29 (2)						
Une relation de bonne qualité est nécessaire							E7/L29		E9/L33-34; E9/L56-57
avoir une aptitude à l'empathie			E3/L31(1)			E6/L55; E6/L131	E7/L30(2)		
savoir être à l'écoute de ses patients			E3/L31(2); E3/L141(1)		E5/L36(1)		E7/L28(3); E7/L30(1)		

Savoir se centrer sur le patient

savoir accorder du temps au patient pour s'exprimer	E1/L34(2)								
savoir obtenir l'adhésion du patient à la prise en charge	E1/L36-37								
savoir répondre aux attentes de ses patients					E5/L25-26				

Avoir des aptitudes en communication

savoir mener un entretien directif	E1/L34-35								
avoir des aptitudes à la communication	E1/L105(1)		E3/L29(1)		E5/L24-27				
savoir annoncer des mauvaises nouvelles								E8/L212-213	

Savoir aborder des problèmes complexes de façon globale

Le médecin généraliste doit prendre des décisions complexes intégrant son intuition, les données scientifiques, les préférences de son patient et le contexte social ainsi que familial									
savoir adapter sa pratique aux recommandations issues de la science	E1/L37-38	E2/L34			E5/L31				
savoir baser son raisonnement sur l'incidence des pathologies.	E1/L84-85								
avoir une vision globale des problèmes de son patient.		E2/L40-41					E7/L22-25; E7/L85	E8/L267-268	
savoir organiser ses consultations en hiérarchisant les demandes de ses patients ainsi que la prise en charge des pathologies			E3/L140	E4/L35-36				E8/L50(1); E8/L52-54; E8/L244	
savoir négocier une décision adaptée à la situation et acceptée par le patient.	E1/L37-40								
avoir des capacités à s'adapter aux différentes situations				E4/L33; E4/L34					E9/L171
savoir intégrer les problèmes sociaux et familiaux de ses patients dans sa prise en charge						E6/L32			E9/L23-24; E9/L44
pouvoir intégrer les réactions psychologiques de ses patients dans sa prise en charge									E9/L34-37
savoir intégrer et gérer l'incertitude dans son raisonnement et dans sa prise de décision				E4/L38(1)	E5/L38-39; E5/L96-97(1)	E6/L141		E8/L45-46; E8/L113	E9/L57-58; E9/L61
savoir utiliser son intuition								E8/L245-248	

Savoir coordonner les soins de ses patients

Un médecin généraliste doit savoir gérer le parcours de son patient dans le réseau de soins, gérer et synthétiser les avis des différents acteurs de soins dans sa prise de décision									
savoir travailler en réseau		E2/L27		E4/L27-28; E4/L37(1); E4/L37-38; E4/L133-134; E4/L162-164	E5/L37-38	E6/L29; E6/L30	E7/L21	E8/L44-45	E9/L44-46
savoir travailler de manière autonome				E4/L31				E8/L270-272	

Savoir suivre ses patients dans le temps

savoir utiliser le temps comme aide diagnostique et thérapeutique		E2/L31-33; E2/L82-85						E8/L57-58	
savoir suivre ses patients dans la durée et gérer des pathologies chroniques				E4/L131-132; E4/L133-134		E6/L34-45	E7/L21-22		

Savoir gérer des problèmes de santé non sélectionnés

Un médecin généraliste doit savoir gérer des problèmes de santé, non sélectionné, programmés ou non, quel que soit les caractéristiques de son patient (Age, sexe...)

La médecine généraliste est un soignant de premier recours			E3/L143						
prendre en charge des patients de différents âges						E6/L118-119			
savoir accompagner ses patients en fin de vie									E9/L22
avoir des compétences pour assurer un suivi en gynécologie et en pédiatrie.	E1/L70-71	E2/L73-75	E3/L78	E4/L20-23; E4/L93-94; E4/L130-131	E5/L30-31; E5/79-81	E6/L88-89; E6/L180-181	E7/L62-63	E8/L122-123; E8/L164-166	E9/L95-96
savoir prendre en charge une grande diversité de pathologies somatiques								E8/L22; E8/L25-26; E8/L31; E8/L42-43; E8/L163-164	E9/L188-190
avoir des compétences en sexologie		E2/L22-23							
savoir prendre en charge des troubles psychiatriques et psychologiques						E6/L21-22; E6/L27; E6/L33; E6/L132-133; E6/L187-188			
savoir prendre en charge des patients présentant des conduites addictives						E6/L196-197			
savoir évoquer et diagnostiquer les urgences et pathologies graves.	E1/L47-48		E3/L102-104	E4/L90-93; E4/L97-100; E4/L157-158				E8/L168-170; E8/L210-212	E9/L204
prendre en charge des personnes non malades			E3/L100-101; E3/L141-142; E3/L144						
gérer des demandes non médicales et non sélectionnées			E3/L144-146						

Avoir un rôle de prévention

savoir réaliser des actions de prévention		E2/L41							
savoir profiter de consultations de suivi pour inclure des actions de prévention.		E2/L41-42							
savoir réaliser des actes de prévention organisée.		E2/L42-43							

Avoir un rôle d'éducation

avoir un rôle d'éducation en matière de santé			E3/L140-141						
avoir un rôle de conseiller			E3/L141(2)						

Avoir des compétences professionnelles

savoir améliorer ses connaissances de manière continue avec les moyens disponibles									
savoir réaliser des recherches documentaires avec les moyens à sa disposition	E1/L41-43		E3/L115-117			E6/L138-139			
savoir remettre à niveau ses connaissances		E2/L33-35; E2/L39-40; E2/L121-122	E3/L111-113	E4/L126-127	E5/L36(3)	E6/L31; E6/L134; E6/L139		E8/L48-49	E9/L162-169; E9/L199-200
savoir se remettre en question		E2/L38-39	E3/L30		E5/L37	E6/L159			E9/L52; E9/L61; E9/L199-200; E9/L206-208
savoir repérer les limites de ses connaissances et de ses capacités à assurer une prise en charge ambulatoire				E4/L26-27; E4/L37(2); E4/L38(2)				E8/L41-42	E9/L31-32
savoir gérer son outil de travail									
savoir réaliser un dossier médical								E8/L58-59 ; E8/L61	
savoir organiser sa pratique		E2/L38 ; E2/L105-110	E3/L164-165				E7/L28(1)	E8/L40 ; E8/L50-52	
savoir se rendre disponible pour les patients			E3/L38		E5/L36(2)		E7/L28(2)		
savoir gérer la contrainte temps.							E7/L31-33	E8/L61-62	
savoir créer un équilibre vie professionnelle/vie personnelle			E3/L36-38						
savoir gérer son entreprise									
savoir gérer les contraintes comptables et administratives de sa pratique		E2/L94-96; E2/L97-98	E3/L165	E4/L152-153		E6/L162-163	E7/L97-102	E8/L149-150 ; E8/L219-222; E8/L235-236	E9/L55-56
avoir des aptitudes à la gestion du personnel		E2/L96-97	E3/L164						
savoir gérer une entreprise		E2/98-99	E3/L128-129						
savoir gérer son cabinet médical	E1/L105(2)			E4/L171-172		E6/L57-58			E9/L55 ; E9/L191

Qualité de la formation									
Globale									
La formation médicale initiale est formatrice									E9/L242-243
Acquisition de connaissances et compétences de base									
La FMI permet d'acquérir une rigueur nécessaire au raisonnement lors de la pratique de la médecine	E1/L83								
La FMI permet d'acquérir le bagage de connaissances théoriques nécessaires à la pratique	E1/L80		E3/L86-88; E3/L135-137				E7/L84; E7/L88-90; E7/L97-102		
La FMI permet l'acquisition d'aptitudes pratiques nécessaires à l'exercice quotidien									
La FMI permet d'acquérir des compétences techniques utiles			E3/L96-97						
La FMI permet l'acquisition de compétences diagnostiques et thérapeutiques							E7/L84-85		
La FMI permet l'acquisition de compétences nécessaires pour exercer									
La FMI permet l'acquisition de la compétence relationnelle			E3/L98-100						
La FMI prépare à la diversité des pathologies que l'on rencontre en médecine générale dont la gestion des urgences			E3/L101-102 ; E3/L101-104						
Dimension « humaine »									
La dimension humaine de la faculté de Brest est un point positif de la FMI en permettant des relations privilégiées entre étudiants ou avec l'équipe pédagogique									
La convivialité est un point positif de la FMI brestoise				E4/L178					
La dimension « humaine » de la faculté de Brest est un point positif de la FMI				E4/L178-179 ; E4/L189-190					
La possibilité d'échanges réguliers entre pairs est un point positif de la FMI brestoise				E4/L179-180					
Le contact aisé avec les professeurs lors de la FMI brestoise est un point positif				E4/L194					

Premier cycle selon les interrogés									
Le premier cycle de la Formation médicale a un intérêt variable selon les interrogés									
Le premier cycle de la FMI permet d'acquérir, en 2 ans, des connaissances théoriques de bases sur le fonctionnement du corps humain qui seront utiles pour la pratique ultérieure				E4/L43 ; E4/L111-113		E6/L68-69 ; E6/L77		E8/L82-83	E9/70-71
Le premier cycle permet l'apprentissage de connaissances théoriques inutiles pour la pratique et qui ne restent pas ancrées profondément en mémoire	E1/L57					E6/L121-122	E7/L91-92	E8/L71-72 ; E8/L187-188	
La première année du premier cycle de la FMI sert à sélectionner des personnes avec des capacités mnésiques par le biais d'un concours									
La première année de la FMI sert à la sélection par le biais du concours	E1/L53-54	E2/L51	E3/L44-46				E7/L40-41 ; E7/L53		E9/L70
Le concours de première année sert à choisir sa voie pour la suite de la FMI							E7/L41-43		
La sélection de première année se fait sur les capacités mnésiques	E1/L56-57								
La seconde année du premier cycle de la FMI permet de continuer les apprentissages théoriques et de découvrir les soins infirmiers.									
La 2e année de la FMI sert de prise de contact avec les soins via le stage infirmier		E2/L51-53							
La seconde année de la FMI est inutile							E7/L53-54		
La seconde année permet de continuer l'apprentissage de connaissances théoriques de bases									E9/L72-75
Le premier cycle ne sert à rien dans la formation médicale initiale						E5/L47(1) ; E5/L62-64			
Proposition d'amélioration : regrouper le programme des premières années d'études				E4/L113-115					

Second cycle selon les interrogés									
Critiques positives									
Le second cycle de la FMI se base sur une formation en alternance permettant un apprentissage théorique couplé à un apprentissage pratique regroupé en modules d'enseignements									
Le second cycle de la FMI se base sur une formation en alternance		E2/L58-59 ; E2/L54 (2)	E3/L48-49(1)		E5/L49-51				
un apprentissage théorique de la médecine couplé à de la pratique sous forme de modules d'enseignements		E2/L54 (1)	E3/L48-49(2)	E4/L44-45	E5/L49-51		E7/L54-55		
Les connaissances pluridisciplinaires poussées permettent d'acquérir un raisonnement médical utile pour la pratique ultérieure									
Le second cycle permet d'avoir des connaissances poussées sur les différentes disciplines médicales.							E7/L45-46	E8/L28-29 ; E8/L73-74	E9/L76-77
formation à la physiopathologie						E6/L69-71			
L'ensemble des connaissances pluridisciplinaires acquises lors du 2nd cycle servent de base pour le raisonnement et la pratique médicale ultérieure								E8/L190-193	E9/L78-80
La formation de second cycle vise à la préparation du concours de l'ECN									
Le concours de 6e année permet de choisir sa spécialité							E7/L47-49		
L'ensemble des connaissances pluridisciplinaires issues du second cycle permettent une préparation à l'ECN									E9/L78-80
L'ECN permet de choisir sa spécialité et sa ville de formation.		E2/L61-63							
Le contrôle des connaissances avant le concours de l'ECN est un point fort de la FMI brestoise					E5/L121-122				
Le second cycle de la FMI permet un apprentissage de la pratique hospitalière									
La FMI est hospitalière lors du second cycle	E1/L58 ; E1/L61(1)	E2/L58-59	E3/L48			E6/L71			
Le 1er et 2nd cycle permettent l'acquisition de la pratique hospitalière				E4/L145-146					
L'enseignement lors du second cycle est orienté vers la médecine hospitalière				E4/L50-51					
Le second cycle de la FMI permet d'acquérir des bases de connaissances médicales pratiques utiles: sémiologie, examen clinique.									
Le second cycle permet l'application pratique de la sémiologie	E1/L59-60	E2/L55-57							
Le second cycle de la FMI sert à savoir réaliser un examen clinique						E6/L122		E8/L194-198; E8/L198-199	
L'apprentissage de la sémiologie est bénéfique à l'exercice du médecin généraliste				E4/L46-48					
L'apprentissage pratique du second cycle est bénéfique à l'exercice quotidien						E6/L114-115			
L'apprentissage pratique du second cycle peut être utile à la pratique de la médecine générale.									
Le second cycle permet de débiter la pratique médicale.	E1/L61(2)		E3/L47-48; E3/L51	E4/L45-46	E5/L47(2) ; E5/L57-58		E7/L44-45		E9/L77-78
L'apprentissage pratique en petit groupe supervisé lors de l'externat est un point fort de la FMI	E1/L58-59			E4/L184-185; E4/L187					
Le second cycle permet de réaliser un stage de découverte de la médecine générale		E2/L59-60	E3/L160-162						

Le second cycle de la FMI permet d'acquérir de l'expérience et de l'assurance grâce à la pratique médicale									
Le second cycle permet d'acquérir des compétences pratiques: acquisition d'expérience, savoir réaliser un examen clinique...								E7/L46-47	
Le 2e cycle permet d'acquérir de l'assurance, de l'expérience								E8/L193-194; E8/198-199	
Critiques négatives									
Manque de mise en pratique lors du second cycle								E6/L74-75	
Déficit de supervision lors du 2e cycle de la FMI brestoise	E1/L58-59								
La formation hospitalière n'est pas adaptée à l'apprentissage de la médecine générale									
La formation hospitalière n'est pas adaptée à la pratique de la médecine générale ambulatoire		E2/L80-84		E4/L62-63 ; E4/L94-97 ; E4/L127-129					
La vision hospitalière et l'absence de vision globale dans l'apprentissage est un point négatif de la FMI				E4/L52-53					
Il existe un déficit de formation à la médecine générale ambulatoire lors de la FMI				E3/L159-165					
L'apprentissage hospitalier ne prépare pas au suivi des patients dans la durée				E4/L131-132					
Manque de formation théorique et pratique orientée vers la pratique de la médecine générale	E1/L87; E1/L88-89		E3/L91-92; E3/L96-98; E3/L111-112	E4/L50-51; E4/L51-52; E4/L55-57; E4/61-63; E4/L145-146; E4/L170-171; E4/L195-196				E8/L27-28; E8/L226-229; E8/L285	
Le second cycle ne permet qu'une découverte de la médecine générale et non un apprentissage									
Absence de formation à la médecine générale durant le second cycle								E6/L72	
La possibilité de se confronter à la vision ambulatoire et hospitalière de la médecine lors du second cycle de la FMI permet de choisir sa spécialité ultérieure									
La FMI permet de voir le manque d'intérêt pour une pratique hospitalière chez certaine personne								E5/L89	
La FMI permet l'acquisition de connaissances trop approfondies sur certaines disciplines qui sont alors difficiles à synthétiser pour en faire une exploitation utile à la pratique quotidienne de la médecine générale									
L'enseignement théorique lors de la FMI est trop approfondi sur certaines disciplines				E4/L129-130					E8/L20-27
Manque de synthèse lors de la FMI permettant de mieux appréhender certaines disciplines									E8/L35-37
Des connaissances poussées sur l'ensemble des disciplines est inutile en médecine générale									E8/L105
Lors du second cycle l'apprentissage est trop approfondi et n'est pas assez structuré									E8/L76-77 ; E8/L83-84 ; E8/L113-115
Les premiers et seconds cycles apportent des connaissances excessives dont il est difficile de réaliser une synthèse									E8/L108-109

La FMI ne permet pas d'acquérir l'ensemble des connaissances utiles à la pratique et doit alors être compensé par la FMC				E4/L134		E6/60-62; E6/L136-138; E6/L139-140; E6/L142-143; E6/L209		E8/L106-108; E8/L200-201; E8/L208-210	
Propositions concernant le second cycle :									
majorer le poids de l'enseignement de la médecine générale lors du second cycle				E4/L64-66 ; E4/L116					
avoir des cours de pharmacologie avant le troisième cycle						E6/L63			

Le Troisième cycle de médecine générale selon les interrogés:

Généralités

Etape la plus importante de la FMI d'un médecin généraliste									E8/L84
sert à acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale grâce à une mise en pratique des connaissances théoriques au contact direct des patients.									
Le troisième cycle se passe au contact des patients avec un suivi quotidien			E3/L53						
Le 3e cycle sert à la mise en pratique des connaissances issues du premier et second cycle				E4/L64-65					
Le 3e cycle sert à l'apprentissage thérapeutique.								E8/L198	
Le but du 3e cycle est l'acquisition progressive de l'autonomie		E2/L75							
Le troisième cycle sert à découvrir l'amplitude des connaissances nécessaires en médecine générale.		E2/L73-75							
L'acquisition de compétence lors du troisième cycle se base sur une relation de collaboration entre pairs	E1/L64-65						E6/L72-73		
le troisième cycle de la FMI permet d'acquérir des compétences professionnelles									
Le troisième cycle de la formation médicale initiale d'un médecin généraliste est un apprentissage professionnalisant	E1/L61-63		E3/L51-53		E5/L61		E7/L55-58 ; E7/L87-88 ; E7/L91	E8/L199-200	E9/L80-83 ; E9/L80-83
Le 3e cycle permet l'apprentissage de la pratique ambulatoire			E3/L77	E4/L146-147					
Le troisième cycle permet l'acquisition de compétences pratique orienté vers la médecine générale				E4/L59-61					
La médecine générale est différente de la pratique hospitalière			E3/L143-144						
La FMI se termine par la soutenance d'un DES et d'une thèse							E7/L50-51		
Points positifs									
L'organisation du 3e cycle est satisfaisante.			E3/L56						
Le troisième cycle de la FMI permet de conforter l'intérêt de l'étudiant pour la médecine générale					E5/L87-89				
Le 3e cycle de la FMI est satisfaisant car permettant l'acquisition de compétences utiles à la pratique de la médecine générale ambulatoire									
Le 3e cycle de la FMI permet d'acquérir un raisonnement basé sur l'incidence et prévalence des pathologies.	E1/L84-85								
Le troisième cycle permet d'acquérir des compétences en thérapeutique						E6/L115-116			
Le 3e cycle permet d'acquérir les compétences pour exercer							E7/L87-88		
Le 3e cycle de la FMI permet d'acquérir des compétences en communication								E8/L212-213	
La possibilité de réaliser de la recherche en médecine ambulatoire lors du 3e cycle de la FMI est un point fort									E9/L228-230

Formation théorique : Les séminaires

Généralités

Les journées de formations théoriques du 3ème cycle se basent sur des séminaires obligatoires complétés par des séminaires facultatifs.			E3/L58-59	E4/L69-70					
Les séminaires permettent de se réunir pour parler de médecine générale entre pairs			E3/L156-158						

Utilité des séminaires

Les formations théoriques des séminaires permettent l'acquisition de nombreuses connaissances sur des sujets intéressants			E3/L58-60				E7/L119-120		
La formation théorique de médecine générale n'apporte pas de compétences pour exercer et est inintéressante					E5/L92-93	E6/L92-93		E8/L77-78	

Séminaires obligatoires

Les séminaires obligatoires sont inutiles et inintéressants					E5/L71-72		E7/L71-72		
---	--	--	--	--	-----------	--	-----------	--	--

Qualité des séminaires

Les séminaires de 3e cycle sont de bonne qualité.	E1/L72-73		E3/L166-167	E4/L69-70					
Les séminaires ne sont pas de bonne qualité et sont incomplets				E4/L77-78					
La qualité des différents séminaires est variable					E5/L72	E6/L181-182	E7/L64-66	E8/L139	E9/L113-115
La qualité des séminaires est intervenant dépendant						E6/L182-186		E8/L139-140 ; E8/L142 ; E8/L279-280	E9/L113-115 ; E9/L222-224 ; E9/L226-227
Les formations trop théoriques lors du 3e cycle ne sont pas intéressantes							E7/L66-67		
Certains séminaires du 3e cycle ne sont pas assez orientés vers la pratique de la médecine générale		E2/L134-135		E4/L71		E6/L95		E8/L85-87 ; E8/L90-97	
Les séminaires traitant de la pédiatrie et de la gynécologie sont de bonne qualité et sont satisfaisants						E6/L98	E7/L64-66	E8/L137-138 ; E8/L140-142	

Thème des séminaires									
Les séminaires orientés vers un point précis de la pratique sont intéressants								E7/L72	E8/L136-137
Le séminaire traitant des tâches administratives du généraliste est bien réalisé									E8/L88-90
Déficit de formation sur la gestion administrative, comptable lié à la pratique quotidienne et à l'installation: Le séminaire remplacement remplacement-installation n'est pas satisfaisant									
Déficit de formation sur la gestion comptable et administrative du cabinet médical	E1/L105(2)	E2/L94-96	E3/L124-129; E3/L137-138	E4/L147-148; E4/L152-153	E5/L102; E5/L102-103 (1)	E6/L162-163; E6/L199-200	E7/L97-102	E8/L219-222; E8/L87-88	
Déficit de formation sur l'installation lors de la FMI : le séminaire remplacement installation n'est pas bien réalisé				E4/L142-145; E4/L149-150; E4/L150-151; E4/L203-204	E5/L102-103 (2)	E6/L98-101			
Thèmes Manquants									
L'absence de séminaire orienté vers l'examen clinique en troisième cycle est un point faible de la formation						E6/L171; E6/L179			
Manque de formation sur les médecines alternatives	E1/L94					E6/L203-209			
Le séminaire sur les médecines alternatives est intéressant				E4/L79-81					
Déficit d'apprentissage des gestes techniques	E1/L95-98; E1/L121-122								
Déficit de cours de communication.	E1/L105(1); E1/L125-128								
Déficit de formation à la psychologie						E6/L187-188			
Manque de formation sur la toxicomanie et sa gestion.						E6/L196-197			
Déficit de formation au suivi au long cours				E4/L136-138					
Inclure une formation à l'échographie orientée vers la médecine générale lors de la FMI									E9/L214-216
Déficit de formation à l'empathie						E6/L55-56			
Déficit d'apprentissage dans le suivi au long cours				E4/L133-134					
Déficit de formation à la gestion de l'incertitude								E8/L113; E8/L207-208	
Déficit de formation à la gestion du temps en médecine générale								E8/L206-207	

Organisation des séminaires									
L'organisation des journées de séminaires est adéquate et conciliable avec la vie des étudiants									E9/L111-113
L'organisation pratique des journées de séminaires manque de fluidité							E7/L120-121		
Les séminaires ne sont pas assez nombreux				E4/L69-71		E6/L92-93 ; E6/L181-182			
La participation aux séminaires est parfois difficile.					E5/L72-73 ; E5/L132-133(1)			E8/L76-81	
Propositions d'amélioration des séminaires									
Proposition de nouveaux séminaires									
Réaliser des journées de séminaires sur la compétence relationnelle et l'empathie	E1/L125-128						E6/L55-56		
Repandre la formation théorique de second cycle de manière orientée vers les pathologies à forte prévalence en médecine générale				E4/L71-75		E6/L193-195		E8/L30-31 ; E8/L99-103	
Réaliser un séminaire dans les suites du stage ambulatoire de niveau 1 pour revoir l'ensemble des spécificités de la médecine générale découvertes lors du stage.								E8/L145-148	
Travailler sur des jeux de rôles lors du 3e cycle pour améliorer la compétence pratique des étudiants								E8/L224-226	
Propositions de modifications des séminaires existants									
Réaliser une formation pratique de gestion d'un cabinet et des problèmes administratifs		E2/L97-98					E6/L57-58 ; E6/L59		
Enseigner les gestes techniques sous forme d'atelier.	E1/L123-125								
Renforcer le nombre de journées de séminaires			E3/L167						
Améliorer les possibilités de participation aux différents séminaires						E5/L132-133(2)			
Inviter d'autres professionnels de santé aux formations théoriques permettrait un regard croisé visant à augmenter l'efficacité de la FMI						E6/L195-196			
Diminuer le temps de réflexion en groupe lors des séminaires							E7/L121-124		
Centrer les formations théoriques de 3 e cycle vers la pratique de la médecine générale.								E8/L85-86 ; E8/L142-145 ; E8/L155-160	
Proposer des séminaires hiérarchisés en fonction du degré d'avancement dans les études permettant un apprentissage plus orienté vers les spécificités de la médecine générale en fin de cursus.								E8/L149-155	

Formation extra-universitaire									
Le recours à des formations extra universitaires lors de la FMI augmente l'aptitude à améliorer ses connaissances par la FMC									E9/L149-151
Les formations extra universitaires permettent de compléter les connaissances et compétences issues de la FMI qui ne peut explorer l'ensemble de la discipline									E9/L152-153 ; E9/L188-190
Le recours à des formations extra universitaires complémentaires lors de la FMI est un point fort									E9/L148-149
Les formations extra-universitaires disponibles pour les étudiants sont de différents types : cours lors des stages, groupes de qualité, formations en lien avec l'industrie pharmaceutique et sont intéressantes.							E7/L75 ; E7/L76 ; E7/L77-78		
Les formations CHEM proposent des sujets intéressants orientés vers la pratique et une organisation intéressante qui pourrait inspirer la FMI									
Les Formations du CHEM abordent des sujets intéressants		E2/L102					E6/L102-103	E7/L75-76	
Les formations CHEM sont bien réalisées et pourraient inspirer celle de la faculté				E4/L82-84	E5/L76-77		E6/L185-186		
Les étudiants ne sont pas assez guidés vers les formations extra-universitaires par les enseignants de la faculté				E4/L81-82 ; E4/L84-86					

Tutorat									
Lors du 3e cycle la FMI de médecine générale est supervisée dans le cadre d'un tutorat réalisé par des généralistes en exercice servant à guider les étudiants dans leurs acquisitions									E9/L85-86 ; E9/L121-123 ; E9/L128-130
L'organisation du tutorat est un point faible de la FMI brestoise						E5/L128			
La qualité du tutorat de 3e cycle de médecine générale ne permet pas une formation équivalente pour tous les étudiants du fait qu'elle soit dépendante de l'investissement, de la charge de travail demandée et de l'interaction du tuteur et de l'étudiant.									
Le tutorat de 3e cycle est jugé plaisant et formateur du fait des contacts privilégiés avec le tuteur		E2/L85-86					E6/L95-96		
Influence négative du tuteur lors du tutorat						E5/L139-141			
La charge de travail lors des RSCA est tuteur dépendante							E7/L126-130	E8/L125-126	
La qualité du tutorat individuel est dépendante de la qualité de l'interaction entre étudiant et tuteur									E9/L120-121 ; E9/L124-127
Absence d'adhésion au tutorat individuel par manque de relation avec le tuteur	E1/L76-77					E5/L141-142		E7/L125-126	

Portfolio									
Les RSCA servent de suivi de la formation de 3e cycle									E8/L120(2)
Les RSCA nécessitent un investissement et une adhésion de l'étudiant				E4/L102		E6/L96-97			
La réalisation des RSCA permet de ne pas réaliser un mémoire de 3e cycle									E9/L137-138
Manque de supervision lors du mémoire de DES et des RSCA permettant de biaiser les résultats				E4/L103-106				E8/L282-285	E9/L133
La réalisation du port folio est inutile pour la pratique médicale ultérieure	E1/L73-74			E4/L106-108	E5/L71			E8/L120(1)	E9/L136-137
RSCA									
Les RSCA ont un intérêt intellectuel.			E3/L65-66						
La charge de travail demandée par les RSCA n'est pas excessive			E3/L66-67						
Les RSCA sont jugés plaisant à faire				E4/L102-103					
La réalisation des RSCA permet d'acquérir de l'autonomie				E4/L104-105					
La réalisation des RSCA permet d'acquérir une capacité à la remise en question par l'étudiant									E9/L133-136
Manque de raisonnement biomédical lors de la réalisation des RSCA								E8/L126-129	
GEAPT									
Le tutorat en groupe est un moment de partage sur les difficultés rencontrées lors de la pratique		E2/L87	E3/L62-64					E7/67-68	
Le tutorat en groupe est satisfaisant			E3/L62-63						E9/L132
La possibilité de réflexion entre pairs sur des sujets pratiques est un point positif de la FMI brestoise						E6/L107	E7/L133-134		E9/L139-147
Le tutorat en groupe permet de relativiser ses propres difficultés						E5/L95-96			E9/L139-147
Les journées de présentation de RSCA permettent de trouver un directeur de thèse.						E6/L107-108			
Les soutenances de RSCA en groupe n'apportent rien pour la formation.						E6/L106-107			
L'organisation pratique du tutorat en groupe est à revoir							E7/L68-70		
L'organisation des journées de RSCA est difficile à concilier avec la vie privée						E6/L109-110			
Propositions d'amélioration									
Suppression de la soutenance orale des RSCA						E5/L129			
Recentrer la formation sur la relation tuteur/tutoré							E7/L132-133		
Réaliser les soutenances de RSCA moins fréquente et en groupe plus restreint pour augmenter l'interactivité entre les participants								E8/L131-134	

Formation pratique									
Maquette									
Points positifs									
Les stages de 3e cycle de la FMI participent à l'acquisition des compétences à exercer la médecine générale		E2/L105					E7/L86		E9/L159-161 ; E9/L177-178
les terrains de stages du troisième cycle de la FMI à Brest sont satisfaisant car de bonne qualité	E1/L71		E3/L151				E7/L61-62	E8/L121-122 ; E8/L278	E9/L219
L'organisation de la maquette de stage du DES est satisfaisante	E1/L68(1)	E2/L78						E8/L121	E9/L93-94
La souplesse de l'organisation de la maquette des stages est un point positif permettant d'avoir une vision d'ensemble de la spécialité									
la maquette des stages de 3e cycle permet d'acquérir les connaissances nécessaires à l'exercice futur			E3/L69-70						
La diversité des stages de 3e cycle est un point fort de la FMI				E4/L53-54					E9/L171-172
La malléabilité de la maquette du 3e cycle de médecine générale est un point fort de la FMI									E9/L220-221
La proximité géographique des différents stages hospitaliers proposés lors du troisième cycle de la Fmi est un point positif									
La proximité géographique des différents lieux de stage est un point fort de la FMI brestoise					E5/L120				
La proximité des différents hôpitaux permet de mieux concilier vie professionnelle et personnelle				E4/L190-191					
Points négatifs									
Apprentissage dépendant de la maquette de stage	E1/L99-100								
Le bénéfice de la formation pratique est dépendant de l'activité du lieu de stage					E5/L82-83	E6/146-148			
Les stages du 3e cycle de la FMI ne sont pas tous équivalents en qualité							E7/L61-62		
Influence du classement dans le déroulement de la maquette du 3e cycle de la FMI			E3/L73-74		E5/L79	E6/90-91			
L'éloignement des lieux de stage par rapport à la faculté est parfois difficile à gérer.			E3/L56-57						
L'organisation des stages est parfois un frein à la participation aux séminaires lors du troisième cycle			E3/L60-62						
Les durées des stages sont trop longues						E6/L89-90			

Stages de médecine générale ambulatoires :

Les stages de médecine ambulatoire de niveau 1 et 2 participent à l'acquisition progressive de l'autonomie dans la gestion des demandes rencontrées en médecine générale.									
Le stage de médecine ambulatoire de niveau 1 permet une acquisition progressive de l'autonomie dans la gestion des consultations de médecine générale grâce à une supervision directe ou indirecte		E2/L66-67 ; E2/L67-68							
Le SASPAS permet de réaliser des consultations en autonomie		E2/L69-70							
Les stages de médecine ambulatoire de niveau 1 et 2 participent à l'acquisition des compétences professionnelles à exercer la médecine générale									
Les stages de médecine générale ambulatoire permettent la découverte et l'acquisition de compétences organisationnelles		E2/L105-110							
Les stages ambulatoires de niveau 1 et 2 permettent l'acquisition d'une pratique orientée vers la médecine générale				E4/L54-55					
Le stage de médecine ambulatoire de niveau 1 permet un apprentissage de la médecine générale								E8/L148-149	
Le stage de médecine ambulatoire de niveau 1 permet l'apprentissage concret de la médecine générale								E8/L170-171	
Le stage ambulatoire de niveau 1 permet un apprentissage professionnalisant								E8/L178-180	
Points positifs									
L'importance de la place donnée au stage de médecine ambulatoire de niveau 1 est un point positif	E1/L68(2)								
Les stages de médecine ambulatoire sont des points forts du 3e cycle de la FMI	E1/L69-70 ; E1/L119	E2/L133-134	E3/L153-156	E4/L146-147				E8/L170-172	
Le stage de médecine ambulatoire de niveau 1 permet d'acquérir des compétences à exercer la médecine générale (comptabilité...)			E3/L93-94 ; E3/L124-125						
L'acquisition de compétences pratiques à l'exercice de la médecine générale sous supervision d'un pair lors du stage ambulatoire de niveau 2 est un point fort du troisième cycle de la FMI brestoise	E1/L119-121								
La souplesse du déroulement stage chez le praticien lors du 3e cycle est un point positif de la FMI et permet de répondre aux attentes de chacun vis-à-vis de la médecine générale.			E3/L79-81 ; E3/L153-156						
L'augmentation de la place de la pratique ambulatoire lors du 3e cycle de la FMI est un point positif.	E1/L69-70								E9/L99-100 ; E9/L100-101
Points négatifs									
Il existe un déficit de formation pratique en médecine générale ambulatoire lors du 3e cycle.		E2/L79-80	E3/L75-77 ; E3/94-96	E4/L88 ; E4/L90 ; E4/L94 ; E4/L175-176			E6/L88		
Le nombre insuffisant de stage ambulatoire de niveau 2 ne permet pas une formation équivalente pour tous les étudiants			E3/L70-72				E6/L179-180		

Stages hospitaliers									
Les stages hospitaliers permettent de connaitre le fonctionnement de l'hôpital					E4/L90-91				
Les stages hospitaliers permettent de se créer un réseau de soins					E4/L158-161				
Le stage obligatoire au CHU est inutile en fonction des attentes des étudiants									E9/L94-95
Urgences									
Les stages hospitaliers et particulièrement ceux effectués aux urgences permettent d'appréhender la gestion des urgences ambulatoires ainsi que l'interaction ville-hôpital dans leur prise en charge									
Le stage des urgences permet savoir gérer les urgences ambulatoires					E4/L97-100				E8/L168-170
Les stages hospitaliers servent à se former à prendre en charge les urgences notamment vitales					E4/L90-93				
le stage d'urgence permet l'apprentissage du travail en réseau médecine ambulatoire/hospitalière					E4/L97-99				
Le stage d'urgence est utile pour l'acquisition de compétence en traumatologie							E6/L120-121		
Le semestre d'urgence est un point fort et indispensable à la FMI d'un médecin généraliste									E8/L168-169 ; E8/L177-178
Mère- enfant									
Le stage mère enfant est un choix entre la formation à la pédiatrie ou à la gynécologie		E2/L65							
L'organisation du stage mère-enfant est un point négatif de la FMI en ne permettant pas une formation pratique en Gynécologie et en Pédiatrie	E1/L70-71		E3/L78	E4/L21-22	E5/79-81	E6/L88-89 ; E6/L135 ; E6/L180-181	E7/L62-63	E8/L122-123	E9/L95-96
Manque de formation pratique en pédiatrie				E4/L93-94					
Proposition d'amélioration de la maquette									
Augmentation de la place de la médecine générale dans la maquette des stages du 3e cycle en rendant le SASPAS obligatoire ou en rajoutant un semestre ambulatoire		E2/L79 ; E2/L132-133	E3/L74-75						
Tenir compte de la vie personnelle lors du choix des lieux de stages						E6/L91-92			

Vision de l'encadrement par le DUMG

La disponibilité et la capacité d'écoute des membres du DUMG est un point important dans l'amélioration continue du 3e cycle de la FMI brestoise		E2/L93-94	E3/L152						
L'équipe pédagogique du DUMG manque de membres									E9/L231-234
Le DUMG manque d'attrait même pour des praticiens très intégrés dans la FMC									E9/L231-233
Proposition d'amélioration :									
Augmenter le nombre de membres du DUMG en intégrant des jeunes médecins ce qui permettrait une vision plus globale de la discipline									E8/L286-289 ; E9/L234
Relativisation des critiques :									
La capacité relationnelle est difficile à améliorer par une formation	E1/L81-83								
L'ensemble des compétences nécessaires à la médecine générale ne s'acquiert qu'après l'installation.			E3/L132-134			E6/L159-160			
L'amplitude des connaissances nécessaires en médecine générale ne permet pas d'avoir une vision globale de la spécialité lors de la FMI				E4/L125-126				E8/L214-215	
Compréhension de la difficulté de réaliser des formations pouvant répondre à l'ensemble des attentes des différents étudiants et formateurs									E9/L102-104 ; E9/L116-117
La FMI se doit d'avoir une trame peu rigide pour pouvoir s'adapter aux attentes de la plupart des étudiants									E9/L239-242
Compréhension de la difficulté pour un FMI de répondre à l'ensemble de cas précis faisant la pratique quotidienne						E6/L163-164			
Reconnaissance de la difficulté à réaliser une formation sur le côté administratif de la pratique pour des étudiants qui n'en voient pas encore l'intérêt								E8/L232-236	
La Formation Médicale Continue permet de compenser ou de renforcer les acquis de la Formation Médicale Initiale	E1/L94-95	E2/L117-119 ; E2/L120-122	E3/L114-115	E4/L135-136	E5/L24-27	E6/L143-145 ; E6/L160(2) ; E6/L160-161	E7/L110-111	E8/L34-35 ; E8/L252-253	
L'évaluation des séminaires déjà mise en place permet une amélioration continue de la qualité de la formation initiale de 3e cycle		E2/L90-93							E9/L96-97 ; E9/L98-99 ; E9/L115-116
La FMI de 2e cycle se dégrade du fait de l'augmentation du numerus clausus				E4/L185-186					
L'expérience personnelle permet de maintenir ou faire progresser les connaissances						E6/L209-210		E8/L247-249 ; E8/L259-262	
Les attentes vis-à-vis des formations changent en fonction des pratiques et des projets professionnels								E8/L254-259	E9/L104-111 ; E9/L239-242
Une partie importante des compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale s'acquiert de manière inconsciente lors de la FMI			E3/L174-176						E9/L192-194

Annexe 6 : Traduction du programme de l'Educational Agenda

Pour l'EURACT, le programme de la formation initiale permettant une acquisition de l'ensemble des compétences permettant l'exercice de la médecine générale doit se baser sur les éléments suivants.

- Pour l'acquisition de la compétence nécessaire à la gestion des soins de première ligne,

A la fin du programme de formation l'étudiant sera capable de

- gérer le premier contact avec les patients. Cela nécessitera:
 - La connaissance de l'épidémiologie des problèmes et des plaintes à prendre en charge en soins primaires.
 - La connaissance des symptômes et des plaintes de présentation typiques, rencontrés dans les soins primaires, et les possibilités thérapeutiques
 - La capacité à maintenir un accès facile pour les patients présentant des problèmes non sélectionnés
 - L'acquisition d'une approche organisationnelle pour la gestion des maladies chroniques
- de couvrir un large éventail de problèmes de santé. Cela nécessitera:
 - Des connaissances et des compétences pour réaliser des actes de prévention requis dans la pratique des soins primaires.
 - Des compétences médicales dans la gestion des soins aigus, des soins chroniques, des soins de prévention, des soins palliatifs et des soins d'urgence.
 - Des compétences cliniques dans le recueil de l'anamnèse, dans la réalisation de l'examen physique et dans l'utilisation des explorations complémentaires pour diagnostiquer les pathologies présentées par les patients dans les soins primaires
 - Des compétences en thérapeutique, médicamenteuse et non médicamenteuse pour le traitement de ces pathologies.
 - Des capacités à hiérarchiser les problèmes.
- de coordonner les soins avec d'autres professionnels de soins primaires et d'autres spécialistes. Pour cela, il faudra :
 - Des connaissances sur l'organisation des soins primaires,
 - La maîtrise d'une communication efficace avec les autres membres du personnel,
 - Des compétences au travail en réseau
 - La maîtrise de la collaboration efficace avec d'autres spécialistes
- maîtriser la prestation de soins appropriés et l'utilisation efficace des services de santé. Cela nécessitera:
 - Des connaissances sur la structure du système de soins de santé et la fonction de ses composants par rapport aux soins de santé primaires.
- rendre accessible aux patients les services adéquats du système de santé. Cela nécessitera:
 - Des compétences de communications pour le conseil, l'éducation et le traitement des patients et de leurs familles
 - Des capacités organisationnelles pour la tenue des dossiers, la gestion de l'information, le travail d'équipe, la gestion d'un cabinet et la vérification de la qualité des soins.
- d'agir en défenseur du patient. Cela nécessitera:
 - Le développement et le maintien d'une relation et d'un style de communication caractérisés par le partenariat avec le patient,
 - Des capacités à diriger, à la négociation et au compromis.

- Pour l'acquisition de la compétence nécessaire à la production de soins centrés sur la personne,

À la fin du programme de formation l'étudiant sera en mesure

- d'adopter une approche centrée sur la personne lors de la prise en charge des patients et de leurs problèmes en tenant compte du contexte personnel du patient. Cela nécessitera:
 - Une connaissance scientifique de base pour comprendre la personne, et son / ses croyances, ses objectifs et ses attentes de la vie
 - Le développement d'un cadre de référence pour comprendre et gérer la dimension familiale ainsi que les dimensions communautaire, sociale et culturelle dans l'attitude, les valeurs et les croyances de la personne
 - De maîtriser les concepts de « illness » et de « disease »
- d'appliquer le modèle de consultation centrée sur le patient, à communiquer et à agir en partenariat. Cela nécessitera:
 - La capacité de rechercher une forme de consultation centrée sur le patient en explorant l'agenda du patient (ses idées, ses préoccupations et ses attentes), et en y intégrant l'agenda du soignant, afin de trouver un terrain d'entente et de négocier un plan commun pour l'avenir.
 - La capacité à communiquer les résultats d'une manière adaptée et compréhensible, ce qui sous-entend d'avoir recueilli des informations auprès du patient sur ses propres concepts, et permettant ainsi de trouver un terrain d'entente pour les processus décisionnels à venir.
 - De savoir respecter l'autonomie du patient dans la prise de décisions.
 - D'avoir conscience de la place de la subjectivité dans la relation médicale, tant du côté du patient (sentiments, valeurs et préférences), que du côté du soignant (ses valeurs, ses attitudes et ses sentiments).
- de communiquer, établir des priorités et agir en partenariat. Cela nécessitera:
 - Des capacités à établir une relation de partenariat avec le patient;
 - Des capacités à équilibrer la distance et la proximité avec le patient.
- d'assurer la continuité longitudinale des soins. Cela nécessitera:
 - La compréhension et la maîtrise des trois aspects de la continuité:
 - ◆ La continuité personnelle en tant que gestionnaire de soins sur le long terme
 - ◆ La continuité de l'information pour rendre l'information médicale appropriée disponible à tout moment lors de l'ensemble des contacts avec le patient
 - ◆ La permanence des soins pendant la journée et de la nuit.

- Pour l'acquisition de la compétence nécessaire à l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes,

À la fin du programme de formation l'étudiant sera capable

- d'associer les processus décisionnels spécifiques à l'incidence et la prévalence des maladies en soins primaires. Cela nécessitera:
 - La connaissance des pathologies en soins primaires, ainsi que leur incidence et prévalence spécifique
 - La connaissance de la population à prendre en charge (distribution par âge et sexe, prévalence des maladies chroniques)
 - Des compétences à la prise de décision (utilisant des outils tels que le raisonnement clinique et les arbres décisionnels).
- de recueillir sélectivement et interpréter les informations provenant de l'anamnèse, l'examen physique et des examens et de l'appliquer à un plan de gestion approprié en collaboration avec le patient. Cela nécessitera:

- Une connaissance des questions pertinentes dans l'anamnèse et des repères importants dans l'examen physique à mettre en relation avec le problème actuel présenté par le patient, avec un accent particulier sur les éléments permettant d'exclure les éventuelles urgences.
- Une compétence à la collecte d'éléments de contexte pertinents entourant le patient, y compris au niveau des facteurs familiaux et sociaux
- Des connaissances concernant les explorations complémentaires ou les traitements disponibles pour les problèmes présentés.
- Des compétences au recueil de l'anamnèse et à la réalisation d'un examen clinique ainsi qu'à l'interprétation des données recueillies.
- La volonté d'impliquer le patient dans le plan de gestion de sa santé
- d'adopter des principes de travail appropriés, comme par exemple, une approche par étapes qui utilise le temps comme outil et qui tolère l'incertitude. Cela nécessitera:
 - D'adopter une attitude caractéristique d'une orientation généraliste, incluant la curiosité, de la diligence et de sollicitude
 - D'adopter une procédure par étape dans la prise de décision médicale, utilisant le temps comme un outil diagnostique et thérapeutique
 - De comprendre l'inéluctabilité de l'incertitude dans la gestion des problèmes en soins primaires ainsi que la nécessité de l'élaboration de stratégies de tolérance à l'incertitude.
- d'intervenir d'urgence en cas de besoin. Il faudra pour cela:
 - Des compétences spécifiques de prise de décision en contexte d'urgence
 - Des compétences à la prise en charge d'urgences en soins primaires.
- de gérer des situations au stade précoce et indifférencié. Cela nécessitera:
 - De savoir faire la différence entre les situations où il faut attendre et rassurer et celle où il faut réaliser une action de diagnostic supplémentaire.
- de faire un usage efficace et efficient des interventions diagnostiques et thérapeutiques. Cela nécessitera:
 - D'avoir connaissance de la valeur prédictive positive et négative de symptômes ainsi que celle des résultats de tests complémentaires obtenus, et de faire la relation avec la prévalence de la maladie ciblée
 - De comprendre l'influence du rapport coût-efficacité et bénéfice-risque des tests et des traitements.
- Pour l'acquisition de la compétence nécessaire à la réalisation d'une approche globale

À la fin du programme de formation l'étudiant sera capable

- de gérer simultanément des plaintes et des pathologies multiples, des problèmes de santé aigus et chroniques chez un patient donné. Cela nécessitera:
 - De comprendre le concept de l'interaction des multiples morbidités chez un seul patient;
 - De savoir réaliser simultanément les différents problèmes de santé chez un même patient en utilisant l'exploration, la négociation, l'acceptation et la hiérarchisation.
 - D'avoir des compétences pour utiliser correctement les dossiers médicaux et les autres sources informations
 - D'avoir des compétences pour rechercher et utiliser les faits probants de la science dans sa pratique.
- de promouvoir l'éducation pour la santé en utilisant des stratégies appropriées de promotion de la santé et de prévention des maladies. Cela nécessitera:
 - La compréhension du concept de la santé dans toutes ses facettes
 - L'intégration de la promotion de la santé sur une base individuelle dans le cadre de la rencontre de tous les jours

- La promotion de la santé par la promotion de la santé programmée ou à la prévention dans le cadre des soins primaires
- La compréhension du rôle du médecin de famille dans les activités de promotion de la santé au sein de la communauté
- La reconnaissance des tensions éthiques entre les besoins individuels et communautaire et savoir agir en conséquence.
- de gérer et coordonner la promotion de la santé, la prévention, les traitements, y compris les soins palliatifs et de réhabilitation. Cela nécessitera:
 - De comprendre les contributions possibles offertes par les différents membres au sein d'un réseau de soin
 - D'avoir la capacité à utiliser différentes approches pour un même patient
 - D'avoir des compétences de coordination au sein d'un réseau de soin.
- Pour l'acquisition de la compétence nécessaire à l'orientation communautaire

À la fin du programme de formation l'étudiant sera en mesure

- de réconcilier les besoins en soins médicaux des patients individuels avec les besoins en soins médicaux de la communauté dans laquelle ils vivent et cela en équilibre avec les ressources disponibles. Cela nécessitera:
 - De comprendre les besoins de santé des communautés par le biais des caractéristiques épidémiologiques de la population
 - De comprendre l'interrelation entre la santé et les services sociaux
 - De comprendre l'impact de la pauvreté, des origines ethniques et de l'épidémiologie locale sur la santé
 - D'avoir conscience des inégalités en matière de soins de santé
 - De comprendre la structure du système de soins de santé et ses limites économiques
 - De savoir travailler en collaboration avec les autres professionnels de santé impliqués dans la politique communautaire et de comprendre leurs rôles
 - De comprendre l'importance de sa pratique et des informations basées sur le milieu communautaire dans l'assurance qualité de sa pratique
 - De comprendre comment le système de santé peut être utilisé par le patient et le médecin (procédure de saisine, les co-paiements, les congés de maladie, les questions juridiques, etc.).
 - De savoir concilier les besoins des individus et ceux de la communauté dans laquelle ils vivent.
- Pour l'acquisition de la compétence nécessaire à l'adoption d'un modèle holistique

À la fin du programme de formation l'étudiant sera capable

- d'utiliser un modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles. Cela nécessitera:
 - De connaître le concept holistique et son application dans les soins du patient
 - De savoir voir un patient comme un ensemble bio-psycho-sociale
 - D'avoir des compétences pour transformer la compréhension globale en mesures concrètes
 - De savoir recueillir les informations pertinentes pour les soins sur le contexte culturel et existentiel du patient
 - De tolérer et de comprendre les expériences, les croyances, les valeurs et les attentes des patients pouvant influencer sur les soins de santé des patients.

- Pour comprendre les trois dimensions spécifiques de la discipline

- ASPECTS CONTEXTUELS

À la fin du programme de formation, l'étudiant sera capable de comprendre le contexte des médecins eux-mêmes et l'environnement dans lequel ils travaillent, ainsi que leurs conditions de travail incluant le cadre communautaire, culturel, financier et réglementaire. Cela nécessite:

- De comprendre l'impact de la communauté locale, incluant les facteurs socio-économiques, géographique et culturel, sur le choix du lieu de travail et les soins proposés aux patients.
- D'être conscient de l'impact de la charge de travail globale sur les soins donnés au patient, et de connaître les aides disponibles pour pouvoir fournir ces soins.
- De comprendre les cadres financiers et juridiques au sein desquelles les soins de santé sont fournis
- De comprendre l'impact de l'environnement personnel et professionnel du médecin sur les soins qu'il fournit.

- ASPECTS COMPORTEMENTAUX

À la fin du programme de formation, l'étudiant sera en mesure de traiter avec ses propres compétences et valeurs professionnelles. Cela nécessite :

- D'être conscient de ses propres capacités et valeurs, identifier les aspects éthiques de la pratique clinique (prévention, diagnostic, traitement, facteurs influençant le style de vie).
- D'avoir une conscience de soi, de savoir comprendre que ses propres attitudes et sentiments sont des déterminants importants de la façon dont on pratique.
- De savoir justifier et clarifier l'éthique personnelle.
- D'être conscient de l'interaction mutuelle entre le travail et la vie privée et s'efforcer de garder un bon équilibre entre les deux.

- ASPECTS SCIENTIFIQUES

À la fin du programme de formation, l'étudiant sera en mesure d'adopter une recherche critique orientée vers la pratique médicale afin de maintenir et d'améliorer ses compétences par la réalisation d'une formation continue. Cela nécessite :

- D'avoir des connaissances sur les principes généraux, les méthodes, les concepts de la recherche scientifique et les principes fondamentaux de la statistique (incidence, prévalence, valeurs prédictives, etc.).
- D'avoir une connaissance approfondie des bases scientifiques de la pathologie, des symptômes et des diagnostics, des traitements et des soins préventifs, des pronostics, de l'épidémiologie, de l'analyse décisionnelle, des théories de formulation d'hypothèses et de résolution de problèmes.
- D'avoir accès à la littérature médicale, d'avoir la capacité de la lire et de l'évaluer d'une façon critique.
- De savoir développer la formation continue et l'amélioration de la qualité de manière durable.

Annexe 7 : Entretiens

Fiches d'informations sur les médecins interrogés.

Retranscription intégrale des neuf entretiens.

Verbatims extraits des entretiens et leur codage ouvert.

Annexe disponible sur le CD-ROM.

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE
Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

AUTORISATION D'IMPRIMER

Présentée par Monsieur le Professeur LE RESTE Jean-Yves.

Titre de la thèse

ETUDE DE L'ADEQUATION ENTRE LA FORMATION MEDICALE INITIALE ET LA PRATIQUE
QUOTIDIENNE DE LA MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE :
ENQUETE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES AUPRES DE SPECIALISTES EN MEDECINE
GENERALE DIPLOMES A LA FACULTE DE BREST

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE

En foi de quoi la présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à
Monsieur OGOR Erwan

Fait à BREST, le 16 octobre 2014

VISA du Doyen de la faculté
A BREST, le 16 oct. 2014

Le Doyen,
Professeur C. BERTHOU



Le Président du Jury de Thèse,

Professeur J.Y. LE RESTE
Directeur du Département
Département de Médecine Générale

Résumé

Titre :

Etude de l'adéquation entre la formation médicale initiale et la pratique quotidienne de la médecine générale ambulatoire :

Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de spécialistes en médecine générale diplômés à la faculté de Brest.

Introduction :

La médecine générale est devenue une spécialité médicale en 2004. Les premiers spécialistes en médecine générale exercent de manière autonome depuis 2007 après avoir obtenu la certification de leur compétence à pratiquer. Prendre l'avis de ceux-ci sur l'adéquation entre leur formation médicale initiale et leur pratique quotidienne permettrait ainsi une critique constructive de cette dernière. A partir de ce recueil de critères de satisfactions et d'insatisfactions, il serait alors possible d'améliorer la qualité de la formation pour les futures promotions de médecins généralistes.

Méthode :

Cette étude est basée sur une méthode qualitative par entretiens semi dirigés. La population était constituée de neuf spécialistes en médecine générale diplômés de la faculté de Brest et exerçant une activité ambulatoire exclusive. Les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits, puis ils ont été analysés en aveugle par deux chercheurs selon le principe de la théorie ancrée.

Résultats :

Cette étude a pu objectiver que les facteurs de satisfaction ou d'insatisfaction pouvaient varier d'un médecin à un autre. Cette différence est liée à l'hétérogénéité des pratiques possibles en médecine générale et à la modularité du troisième cycle.

Conclusion :

De cette grande variabilité de vision de la formation, ressortaient quelques facteurs faisant un plus large consensus. A partir d'un travail mené autour de ces facteurs, il serait possible de définir des propositions d'amélioration de la formation médicale initiale telle que le renforcement de la pratique ambulatoire lors des deuxième et troisième cycles, l'amélioration des formations théoriques et du tutorat lors du troisième cycle.

Mots clés :

Médecine générale, satisfaction, insatisfaction, qualité, formation médicale initiale, compétences.

Jury :

Président du Jury

Monsieur le Professeur LE RESTE Jean-Yves

Membres du Jury

Monsieur le Professeur LE FLOC'H Bernard

Monsieur le Docteur NABBE Patrice

Madame la Docteur CALVEZ Amélie