

Trois ans de résidanat, ça va... Neuf ans d'études, bonjour les dégats !

Ghislaine Audran

La réforme des études médicales de 83 a débouché sur la création de l'internat de médecine générale rebaptisé résidanat. Celui-ci, malgré le tollé déclenché à l'époque s'avère une grande réussite compte-tenu de ce qui existait avant, c'est à dire quasiment rien.

Le résidanat a remplacé les stages internés d'un an, peu ou pas rémunérés et dont le caractère formateur s'avérait aléatoire pour le moins. Il n'était donc pas très difficile de faire mieux et finalement les étudiants ne se trouvent pas mécontents avec 2 ans de formation dans des services hospitaliers où ils sont de plus en plus reconnus dans leur travail (souvenons-nous des quolibets du début sur les zizi, les zinternes zindifférenciés) et avec une vraie paie à la fin du mois.

Alors, dans ces conditions pourquoi pas une troisième année de résidanat ? Il est vrai que cette proposition peut sembler attrayante, et ce d'autant plus que la majorité des résidents n'ayant pas effectué de remplacement au cours de leur cursus redoutent bien souvent le jour où ils seront "lâchés" en ville. La perspective de retarder cette échéance peut contribuer à les rassurer, en pensant qu'ils seront encore meilleurs après 3 ans passés à l'hôpital.

Mais si huit années d'études ne sont pas suffisantes pour faire un bon généraliste, neuf ans le seront-ils ? On peut en douter.

Sortir les résidents de l'hôpital

Par contre nous proposons de réduire la durée du second cycle que tout le monde trouve trop long car trop statique pour l'étudiant. En outre l'hôpital n'est pas le seul lieu pour l'apprentissage de la médecine générale (alors que plus de 90% des MG n'ont aucune activité hospitalière). La troisième année de résidanat ne doit servir qu'à élargir les stages de résidents aux

centres de santé primaire tels que les centres municipaux de santé et autres structures non hospitalières, et pourquoi pas à y intégrer le remplacement ? Dans ces conditions, "OUI" aux trois ans de résidanat, cela permettrait une transition moins brutale entre les études et l'exercice du MG.

Logique économique

Mais ne nous leurrions pas. La proposition de prolonger le résidanat n'obéit en rien à des objectifs de formation comme on veut nous le faire croire, mais aux intérêts de différents lobbies : gouvernement et DRASS d'abord, pour qui l'allongement des études médicales permet de garder à l'hôpital une main d'oeuvre à bon prix, palliant à la diminution du nombre des étudiants et évitant ainsi d'avoir à créer des postes d'assistants qui leur coûteraient plus cher. Par ailleurs, pour les doyens, toute augmentation des étudiants entraîne par la même une entrée d'argent. Enfin, elle permet aussi à certains MG nouveaux promus dans l'échelle universitaire de conforter leur position par accroissement du nombre des étudiants dans le troisième cycle.

C'est pour cela que nous ne pouvons pas accepter ce marché de dupes.

Il existe mille et une solutions pour améliorer la formation des futurs généralistes, sans pour autant allonger des études déjà longues. Encore faut-il être motivé pour cela et avoir conscience que l'intérêt de l'étudiant ne coïncide pas toujours avec celui de faire fonctionner un service ou un hôpital.

EMOLUMENTS

(montant brut mensuel 1/01/94)

- résidents 1 ^{ère} année.	6976,75 F
- résidents 2 ^e année.....	7827,33 F

Indemnité de sujétions

pour les 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e semestres (brut mensuel)	2066 F
- Garde (brut)	394 F
- Indemnité non nourri, non logé	463,25 F
- Indemnité non logé, mais nourri	154 F
- Indemnité non nourri, mais logé.....	309 F

Marseille : le palmarès du SNJMG

Philippe Boinsault

La faculté de Marseille s'est accordée sans complexe la palme de la qualité et de l'innovation pour le troisième cycle de MG

(au cours de la "journée nationale des coordinateurs 3^e cycle de MG qui se déroule sur la

Canebière). Nous avons décidé nous aussi de publier notre palmarès sur Marseille.

cycle de MG de médiocre qualité, de l'avis même des étudiants.

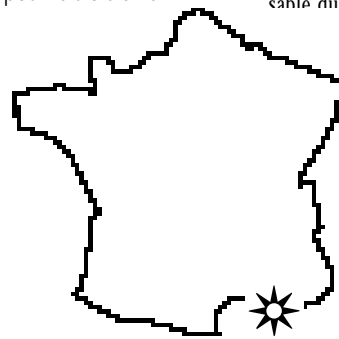
- "Prix du film comique" pour ceux qui ont nommé un spécialiste responsable du 3^e cycle de MG, ils

ont dû oublier qu'il y a un Pr en MG dans leur fac.

- "Grand prix du film d'aventure" pour le SNJMG lors de ses tentatives sportives d'assistance au choix des résidents (menaces verbales et physiques à la clé).

- Enfin pour le festival du film d'humour, le jury a décerné à l'unanimité "la palme d'or" à notre ami le Pr Soubeyrand, qui a déposé une plainte devant le conseil de l'ordre à l'encontre de l'un des responsables du SNJMG.

Un point positif : l'an prochain, la faculté de Marseille pourra décrocher "la palme de la plus belle progression"... si la Médecine Générale et les généralistes prennent la place qui leur revient dans le troisième cycle de MG.



D'abord, "prix du film noir" pour l'organisation du choix des résidents le plus infantilisant de France, où les étudiants considérés comme du bétail ne connaissent même pas la liste des postes avant d'arriver au choix.

- "Prix de la critique" pour un 3^e

3^e année de résidanat : attention danger

Didier Duhot

On nous prépare une retouche en douceur du troisième cycle de médecine générale. Ne croyez pas que ce soit pour le bien de votre formation ! Pas du tout, c'est pour celui des hôpitaux.

Résumé de l'action

Depuis longtemps cette idée perverse agitait des esprits embrumés. Ca y est le pas est en train d'être franchi. Le Directeur général des hôpitaux du ministère de la santé a annoncé, il y a quelques semaines, au congrès des praticiens hospitaliers que le décret portant le résidanat à trois ans était rédigé et soumis pour avis à diverses structures. Cette démarche est hautement symbolique, car ce n'est pas un haut fonctionnaire chargé de l'enseignement qui l'a annoncé aux étudiants ou aux enseignants, mais un responsable des hôpitaux aux hospitaliers. Nous sommes toujours dans la plus pure cohérence qui caractérise si bien ce ministère.

Où apprend-on la médecine générale ?

La médecine générale ne s'apprend pas à l'hôpital où vous avez en charge des patients couchés mais en ville où vous traiterez des patients debouts. C'est une grosse différence dans la pathologie rencontrée, dans la gestion du temps et des examens complémentaires, et pour les rapports avec nos patients.

Si elle se déroule à l'hôpital, cette année supplémentaire ne sera pas d'un grand intérêt pédagogique pour notre futur exercice professionnel. Son seul but serait de fournir les hôpitaux en main d'oeuvre bon marché et corvéable à merci !

Mobilisez vous !

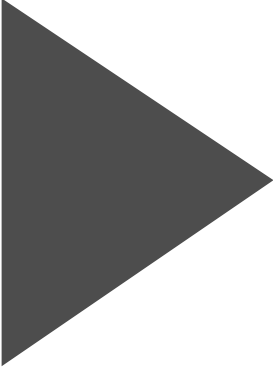
Face à cette "grande avancée pédagogique", il faut se mobiliser pour faire échouer ce projet et nous défendre dans les stages où des conditions de travail honorables ne sont pas respectées : c'est encore deux bonnes raisons (deux de plus) pour adhérer et nous soutenir.

Et pour ceux qui désirent passer une ou deux années supplémentaires à l'hôpital, pensez que vous y serez mieux comme assistant en médecine générale que comme résident ! ☐

EMOLUMENTS des résidents

(montant brut mensuel 10/08/94)

- Résident 1 ^{ère} année.	7011,25 F
- Résident 2 ^e année.	7866,16 F
- Indemnités de sujétion pour les 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e semestres.	2077 F
- Garde	437 F
- Indemnité non nourri, non logé.	465,5 F
- Indemnité nourri, non logé	154,75 F
- Indemnité non nourri, logé.	310,5 F



Options pour une bonne formation pratique dans le troisième cycle (motion)

Au terme de ses trois premières années d'existence, le SNJMG est arrivé à une étape importante de sa vie et de son développement. Au delà de ses choix fondamentaux inscrits dans la charte du jeune médecin généraliste et dans les statuts du syndicat, son positionnement reste à préciser.

Notre légitimité

Le choix de départ a été de créer une structure indépendante des autres organisations existantes pour deux raisons essentielles : d'une part elles ne prenaient pas en compte les raisons structurelles pouvant expliquer l'inorganisation du système de santé, d'autre part elles n'intégraient pas les problèmes des jeunes généralistes et des futures générations de médecins.

Cette stratégie initiale a permis au SNJMG de se faire connaître sur le terrain (et par ceux qu'il défend, et par les institutionnels) en effectuant un réel travail de fond, en faisant avancer des idées et des propositions novatrices. Grâce au sérieux du travail accompli, une reconnaissance médiatique rapide est intervenue, favorisée par l'énergie et la ténacité de Didier Seyler.

A ce stade de notre existence, il nous faut toutefois replacer le SNJMG dans l'histoire de la médecine générale et mieux définir les liens qui existent et pourraient exister avec les structures travaillant pour la médecine générale.

Le SNJMG n'est pas une génération spontanée ; il n'a pas inventé la médecine générale, cette médecine globale de l'individu s'insérant dans son cadre de vie et faisant intervenir des données biomédicales et socio-culturelles ainsi que la relation intime du praticien et du patient.

Dans le mouvement pour la MG

En ce sens, le SNJMG s'inscrit dans la lignée des hommes et des organisations, nombreux et divers, qui ont construit et marqué l'histoire de la médecine générale depuis trois décennies. Sans ces acteurs, sans leurs réflexions, sans leurs théorisations sur notre métier, l'idée de créer le SNJMG - décision positive en faveur d'une médecine humaniste et globale et d'un système de santé cohérent - n'aurait sans doute pas germé dans le cerveau enfiévré des membres fondateurs...

Ce sont parmi d'autres les pionniers de la faculté de Bobigny, les initiateurs de la formation médicale continue des généralistes, des sociétés savantes comme la Société Française de Médecine Générale (SFMG) ou la Société Française de Thérapeutique du Généraliste (SFTG), le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), l'IFED-MG, les ateliers de recherche en médecine générale... et puis les syndicats qui ont véritablement défendu le médecin généraliste : le Syndicat de la Médecine Générale (SMG), le Syndicat National des Médecins de Groupe (SNMG) et enfin la fédération française des médecins généralistes MG-France avec laquelle des rapports privilégiés ont été tissés depuis notre création.

Concertation et indépendance

Notre existence est également issue des mouvements d'étudiants en médecine de 1983 et 1987 suite aux réformes des études médicales avec la création d'une filière spécifique à la médecine générale et la prise de conscience de l'inadaptation de la formation en ce domaine.

Tout cela a façonné le SNJMG. Cependant personne ne peut revendiquer à lui seul la paternité du SNJMG et notre syndicat n'a pas été, n'est pas et ne sera pas le sous-marin d'une quelconque organisation.

Le SNJMG agit pour ses mandats et pour la médecine générale. C'est dans ce cadre que, réaffirmant son appartenance à la mouvance de la médecine générale, le SNJMG décide d'adopter la politique suivante vis-à-vis des autres organisations

professionnelles :

Conformément aux objectifs de la charte du jeune généraliste et aux statuts du syndicat, dans le but d'optimiser son action, le SNJMG peut participer à des structures permanentes chargées de réfléchir et d'avancer des propositions sur des questions intéressant les jeunes généralistes ; le SNJMG peut également travailler avec des regroupements d'organisations ayant pour but de promouvoir la médecine générale.

Composition du nouveau bureau national du SNJMG

PHILIPPE BOISNAULT : président, installé depuis 2 ans en secteur semi rural (95)

JEAN PAUL DABAS : vice président, assistant hospitalier dans un service d'urgence (92)

GHISLAINE AUDRAN : vice présidente, médecin remplaçant (75)

PIERRE MARTIN : secrétaire général, jeune installé à Toulouse (31)

VERONIQUE DROIN : trésorière, médecin remplaçant (75)

DIDIER DUHOT : médecin salarié en centre municipal de santé (93)

JEAN LOUIS GROSS : résident (21)

GILLES HÉBBRECHT : résident (75)

NATHALIE JOZÉFOWICZ : en cours d'installation (75)

FRANÇOIS PELISSIER : médecin remplaçant (67)

Définition de la Médecine Générale : les universitaires se surpassent

PB

Les médecins de la sécurité sociale réunis en congrès ont souhaité que soit créée une chaire universitaire d'assurance maladie, estimant peut-être à bon droit que leur "spécialité" nécessite un enseignement spécifique. Gageons que nos gouvernants seront sensibles à leurs arguments et que l'on verra des professeurs en assurance maladie avant la mise en place d'une véritable filière universitaire de médecine générale !

PB

NB: Moins de 1000 médecins de la sécurité sociale en France pour 50 000 médecins généralistes.

Lors d'une rencontre au ministère de l'enseignement le Pr Griscelli, conseiller ministre, nous a fait part de sa vision de la Médecine Générale "c'est l'ensemble des parties générales de chaque spécialité (le plus petit dénominateur commun en quelque sorte). Quant au Pr Guiraud-Chaumeil, président de la conférence des doyens, il a

déclaré dans "le Généraliste" (Mai 94) : "il y a un médecin de la Médecine Générale. Il y a un médecin qui voit le malade en premier et sait le diriger".

Les deux ont gagné une semaine gratuite de stage chez le praticien. La "réévaluation de la Médecine Générale" doit leur servir de gargarisme tous les matins... □



Enquête sur la troisième année de résidanat

Didier Duhot

Lors des derniers choix nous vous avons demandé votre avis sur une possible troisième année de résidanat. Vous avez été 2056 à répondre lors des choix de stage de troisième cycle à travers 15 régions (1).

Oui au stage en MG de ville

Vous êtes une forte majorité (70 %) favorables à l'instauration d'un stage de six mois en médecine générale dans le troisième cycle (stage en centre de soins primaires).

Vous êtes aussi une majorité (55 %) favorable au déplacement du stage chez le praticien du troisième au second cycle. Cependant il existe des disparités locales dues à la qualité de ce stage et au vécu différent des étudiants (ainsi le résultat à Nantes est de 42,7 % contre 60,7 % à Toulouse). Une majorité de résidents (58 %) pensent qu'il n'existe pas d'intérêt pédagogique à l'allongement du troisième cycle. Ceux-ci sont moins nombreux à avoir passé le concours de spécialité (44,8 %) et ont plus remplacé (21 %). Si elle doit se faire, ils la conçoivent surtout en ville (63 %) et peu à l'hôpital (20,6 %).

Pour résoudre la sous-médicalisation des hôpitaux (tout le monde n'est pas en stage dans un CHU !) vous préférez l'augmentation des postes d'assistant de médecine générale (85 %) plutôt qu'une troisième année (28%).

Cependant, si cette troisième année est créée, vous pensez qu'elle doit s'effectuer plutôt en médecine ambulatoire (57 %) qu'à l'hôpital (37 %). Mais est-ce pour mieux se former en ville que le résidanat doit être allongé?

Le remplacement est trop peu usité

Seulement 18 % des résidents ont remplacé, chiffre à modérer car le remplacement n'est plus possible pour les étudiants de premier semestre. Les résultats des étudiants ayant déjà remplacé montrent qu'ils sont plus favorables au stage chez le

praticien dans le second cycle (67,7 % contre 52,8 % chez ceux qui n'ont pas encore remplacé) et moins favorables au stage de 6 mois (57,5 % contre 73 % chez ceux qui n'ont pas remplacé). Ceci s'explique par le fait que ces résidents connaissent leur besoins spécifiques dans le second cycle et se ressentent moins l'intérêt d'un stage en situation de responsabilité mais encadré puisqu'ils remplacent en complète responsabilité.

La MG : un choix positif

50 % des résidents n'ont pas passé le concours de spécialité, donc ont choisi délibérément la médecine générale. Par ailleurs 75 % des étudiants

ayant échoué à leur premier concours décident de ne pas le repasser.

Il n'est pas possible de connaître les choix positifs dans certaines spécialités (étudiants ayant pu choisir, à l'issue des concours, la discipline qu'il voulait exercer), mais nous pensons que le pourcentage des choix positifs, et non d'opportunité en fonction de son rang au concours, dans de nombreuses spécialités (chirurgie, anesthésie-réanimation, biologie psychiatrie, ...) est très en dessous de 50 %.

Ceci remet fortement en question le dogme du choix de la médecine générale par l'échec. □

1- Amiens, Besançon, Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Nantes, Nice, Paris, Reims, Rennes, Toulouse, Tours.

Attention 31 mars :

Date limite pour une première inscription à une AGA.

Le SNJMG a un accord de partenariat avec l'Association Française de Gestion Agréée.

(tel : 16 43 39 12 90)

numéro 13 - avr. 95

Résultats

- Etes vous favorable à un stage de six mois de médecine générale en ville et en situation de responsabilité diagnostique et thérapeutique (comme lors des remplacements) ? oui 70 % non 30 %
- Etes vous favorable au déplacement du stage chez le praticien, dans sa forme actuelle, du troisième cycle au second cycle ? oui 55 % non 45 %
- Pensez vous qu'il existe un intérêt pédagogique à l'allongement du résidanat à 3 ans ? oui 42 % non 58 %
- Pour résoudre le problème de la sous-médicalisation des hôpitaux, êtes vous pour : l'allongement du résidanat à 3 ans ? 28 %
l'augmentation des postes d'assistants en médecine générale 85 %
- Si elle doit être créée, cette troisième année doit se faire :
à l'hôpital 37 %
en médecine générale de ville 57 %
- Vous choisissez votre stage de :
1^{er} semestre 41 % 2^e semestre 03 %
3^e semestre 43 % 4^e semestre 11 %
- Avez-vous déjà remplacé ? oui 18 % non 82 %
- Avez-vous passé l'internat ? oui 51 % non 49 %
- Allez vous le repasser ? oui 25 % non 75 %

Concertation et réforme des études

Didier Duhot

Le SNJMG a participé cet hiver à plusieurs commissions visant à améliorer l'enseignement médical. Ces réunions regroupaient l'ensemble des structures représentant les généralistes. Voici un résumé de la situation.

La circulaire ministérielle destinée aux facultés (début mai) dresse les axes principaux de la réforme de l'enseignement du second cycle. La concertation avec les ministères nous a permis de renforcer l'importance des stages hospitaliers. Ceci se traduit par l'obligation pour chaque étudiant d'effectuer un stage de pédiatrie, de gynéco-obstétrique, de chirurgie et de médecine interne ou gériatrie parmi ses douze stages minimum.

Un second cycle plus clinique

Pour permettre un plus grand nombre d'expériences cliniques, la durée maximale des stages est ramenée à 4 mois et certains stages pourront ne durer que 2 mois (par exemple OPH, ORL, radio, déjà fait dans certaines fac...).

La validation de chaque stage comportera une épreuve clinique. Une épreuve du même type en D4 représentera au moins 20 % du CSCT.

Plusieurs séminaires, d'une durée de 10 à 16 heures, seront organisés pendant le second cycle. Parmi ceux-ci les sujets abordés seront entre autre, la gérontologie, les dépendances et toxicomanies, la pratique de la médecine générale. Nous voulons, non pas un séminaire, mais un certificat de médecine générale qui pourrait être étalé sur D2, D3 et D4.

Stage en centre de soins primaires, véritable stage en MG

Une directive européenne impose la mise en place au premier janvier 95 d'un stage en centre de

soins primaires au cours du résidanat. C'est donc avec quelques mois de retard et sous la pression des syndicats de généralistes (à l'initiative du SNJMG) que les ministères ont réuni une commission de travail sur ce stage en médecine générale.

Nous avons pris les devants en réunissant un groupe de travail composé de l'ANEMF, le CNGE (généralistes enseignants), MG Form (association de FMC), le Syndicat National des Médecins de Groupe et le Syndicat des Médecins de Centre de Santé. Ceci nous a permis de dégager le canevas des propositions reprises par la suite lors des discussions aux ministères. Les décrets n'ont pas eu le temps d'être publiés par le précédent gouvernement et nous attendons de rencontrer les responsables actuels pour planifier leur sortie.

Le travail de la commission a permis de dégager les propositions suivantes :

- Le stage sera de 6 mois en continu. Il s'effectuera après le premier semestre pour permettre un apprentissage encadré de la prescription.
- Le résident sera salarié (par le CHR) suivant son ancienneté.
- Le stagiaire partagera sa semaine entre plusieurs lieux de stage :
 - pour environ la moitié du temps le cabinet du maître de stage (libéral ou centre de santé),
 - pour l'autre partie du temps d'autres cabinets de médecine générale (une demi ou deux demi-journées par semaine) et où il pourra être remplaçant, des stages où s'exercent des formes particulières de médecine générale (missions France, PMI, ...) et des stages permettant de découvrir l'environnement professionnel ambulatoire

(quelques demi-journées pendant les 6 mois, en médecine du travail, sécurité sociale, ...).

• Le choix des stages s'effectuera lors des choix de stages hospitaliers et selon les mêmes modalités.

Voilà le projet de réforme qui devrait voir le jour dans quelques semaines. Il faut souligner le remarquable travail de concertation effectué dans le groupe de réflexion et dans la commission ministérielle. Cela prouve qu'une collaboration efficace des différentes parties est toujours préférable à la sortie précipitée d'un décret sans consultation préalable (cf feuilleton rocambolesque de la licence de remplacement, page ...).

Tout n'est pas terminé pour autant. Le groupe de travail prépare des "guidelines" pour les commissions d'adéquation et d'agrément afin que celles-ci se déroulent dans les meilleures conditions possibles et qu'il en soit fini des services où les résidents tiennent les écarteurs au bloc pendant des heures. □

numéro 14 - juill. 95

Enquête sur l'organisation du résidanat

Didier Duhot

Comme pour les choix des résidents du semestre d'hiver 94/95, le SNJMG a réalisé une enquête en avril 95. Vous avez été 2037 à nous répondre et voici les résultats.



Oui à la médecine générale

Nous validons les chiffres de cet hiver en ce qui concerne l'internat : un résident sur deux a passé et échoué à l'internat (48 %) dont moins d'un sur deux le repassera (22,5 % de tous les résidents). Nous sommes bien loin de la sélection par l'échec avec un futur généraliste sur deux ayant choisi la médecine générale en première intention et 3 sur 4 si on compte ceux qui ont choisi de ne pas passer l'internat ou de ne pas le repasser (choix positif de la médecine générale).

Vous êtes 14,4 % à avoir déjà remplacé (soit 293) et 29,5 % à penser remplacer cet été (soit 600).

Le stage chez le praticien n'est pas encore effectué dans 46 %, terminé dans 34,6 % et en cours dans 18,4 % des cas.

Répartition par semestre

1 ^{er} semestre	2,3 %
2 ^e semestre	51 %
3 ^e semestre	4,2 %
4 ^e semestre	40 %

Quel résidanat et combien de temps ?

Nous vous avons demandé si pendant le résidanat, certains stages devaient être obligatoires ou facultatifs.

A une écrasante majorité (76,1 %) vous considérez que la pédiatrie doit être obligatoire. Pour la gynécologie, les réponses sont partagées (45 % obligatoire contre 51 % facultatif). Pour la gériatrie la majeure partie (75,6 %) des résidents pensent que ce stage doit être facultatif. Ces résultats vont-ils changer avec l'introduction d'un stage de pédiatrie obligatoire dans le second cycle ?

En ce qui concerne une nécessaire augmentation du nombre des stages hospitaliers afin d'améliorer votre formation de médecin généraliste : l'égalité a été parfaite avec 969 oui et 969 non. Cependant dans le détail on s'aperçoit que ceux qui sont pour l'augmentation du nombre des stages hospitaliers ont peu remplacé (86 % n'ont pas remplacé contre 12 % qui ont déjà remplacé).

Quant à la durée du troisième cycle de MG, ceux qui veulent rester à 4 semestres sont plus nom-

breux (40 %) que ceux qui veulent l'augmenter (21 % pour 5 semestres et 26 % pour 6 semestres). Les chiffres sont identiques quand on prend les oppositions avec 40 % de résidents qui refusent l'allongement à 5 semestres et le même pourcentage qui refuse 6 semestres. Seulement 24 % pensent qu'il ne faut pas rester à 4 semestres. Cependant il faut noter que ces chiffres sont grévés d'un fort taux d'indécision (autour de 35 %).

Pour savoir si vous pensiez être préparés à votre future activité, nous vous avons demandé si vous connaissiez les modalités de l'exercice de la médecine générale : 4 étudiants sur 10 pensent les connaître (36,9 % oui contre 57,8 % non). Parmi ceux-ci, 26,2 % n'ont ni remplacé, ni fait le stage chez le praticien.

Votre avenir

Nous vous avons demandé comment vous voyez votre avenir professionnel trois ans après la thèse (plusieurs choix étaient possibles) :

- 54,3 % se voient effectuer des remplacements (contre 12,3 % qui ne l'envisagent pas),
- 51 % pensent être installation en MG libérale (alors que 13 % ne l'envisagent pas),
- 18,5 % imaginent s'installer en MG salariée,
- 35 % envisagent d'être assistant en MG (contre 18 % qui l'exclut).

En conclusion on peut noter que le remplacement est encore peu utilisé par les étudiants pour parfaire leur formation. Vous êtes très largement favorables à un stage de pédiatrie obligatoire pendant le résidanat et que vous êtes pour le maintien du résidanat à 4 semestres. □

La médecine générale : discipline universitaire

Ghislaine Audran

Les ordonnances de 58 ont créé les CHU, en leur donnant la triple mission de soins, de recherche et d'enseignement et ont accordé aux enseignants la double appartenance de médecins hospitaliers et de professeurs des Universités. Si ces ordonnances ont eu le mérite d'éviter un isolement fatal entre ces différentes disciplines, elles ne sont actuellement pas toujours adaptées, en particulier à l'enseignement nouveau de la médecine générale.

L'organisation de l'enseignement de la médecine tel qu'il a été mis en place en 1958 permit un abord pluridisciplinaire de celle-ci. A l'époque la recherche n'étant pas ce qu'elle est à présent, elle put bénéficier de l'apport de la médecine hospitalière permettant ainsi une plus grande interactivité.

LES ENSEIGNANTS EN MÉDECINE GÉNÉRALE

- **les généralistes enseignants** : ils sont plus de 3000 en France, dont 2000 maîtres de stage qui accueillent aujourd'hui les résidents lors du stage chez le praticien et demain au cours du stage en centre de soins primaires. Environ un millier d'entre eux sont chargés des cours dispensés dans le troisième cycle de MG, et parfois dans le deuxième cycle. Ils sont regroupés au sein du Collège National des Généralistes enseignants (CNGE).

- **les maîtres de conférence universitaires associés (MCUA) et les professeurs associés de médecine générale** : au nombre de 13 pour les premiers et 8 pour les seconds, ils sont nommés par le ministère de l'enseignement supérieur sur proposition du conseil de faculté. Ils sont chargés d'effectuer des missions de recherche en médecine générale, de l'enseignement avec la coordination de l'équipe des généralistes enseignants et de superviser les thèses en MG. Théoriquement chaque faculté de médecine devrait avoir au moins un MCUA ou un professeur, ce qui est loin d'être le cas (cf article ci-contre).

Hospitalo-universitaire : surmené ?!

Malheureusement, peu à peu, les progrès effectués dans les domaines des soins et de la recherche, nécessitant une compétence et une spécialisation croissantes, les hospitalo-universitaires eurent de plus en plus de difficultés à assurer leurs fonctions d'enseignement. Cela aboutit à une formation pratique initialement basée sur le compagnonnage de plus en plus limitée dans les CHU, faute de professeurs disponibles. Souvent c'est dans les hôpitaux périphériques que l'on reçoit le meilleur enseignement pratique, par des médecins pourtant ni mandatés, ni payés pour cela. Pour ce qui est de l'enseignement théorique, les cours à la fac sont souvent boudés, au profit des conférences d'internat qui, proposant une pédagogie différente, sont de plus en plus fréquentées, y compris par ceux ne présentant pas le concours. Cela prouve bien que l'enseignement actuel de la médecine nécessite des réformes, même si heureusement ce tableau n'est pas toujours aussi noir.

Les facultés font de la résistance

La création en 1983 de l'internat de médecine générale (aujourd'hui le résidanat) a permis à l'enseignement de la médecine générale de voir enfin le jour.

Malheureusement, si au niveau ministériel des structures ont été mises en place pour que l'enseignement de la MG soit organisé et prodigué en

toute logique par des généralistes (cf encadré), une véritable volonté politique de la faculté est nécessaire. Parmi les responsables des universités, beaucoup n'ont aucune idée de ce qu'est la MG, sinon qu'elle est le plus petit commun dénominateur de la médecine, et ils n'ont aucune envie de voir rentrer à la faculté des enseignants qui ne sont pas issus du même moule hospitalo-universitaire qu'eux. Or, comme le conseil de faculté a tous pouvoirs pour proposer la nomination des maîtres de conférence universitaires et les professeurs en médecine générale, il n'est pas difficile de faire nommer professeur un confrère généraliste peu investi à qui on donnera un strapontin et qui ne fera pas de remous. Après, c'est plus facile de critiquer, "on vous avait bien dit que les généralistes n'étaient pas à la hauteur !"

D'autre part, il est rare que la responsabilité du troisième cycle de MG soit donnée à un MG. À Bordeaux où il existe un professeur associé en médecine générale, c'est un réanimateur médical qui est responsable du troisième cycle de MG, il nous a personnellement déclaré que la MG, il savait ce que c'était puisqu'il avait remplacé quinze jours il y a vingt ans, on croit rêver...

Lentement mais sûrement

Cependant ne soyons pas trop pessimiste, car l'enseignement de la médecine générale en France en est à ses débuts et on peut imaginer qu'il prendra progressivement sa place dans l'université. De fait, la double mission hospitalière et universitaire du professeur de médecine ordonnée en 58 ne semble plus adaptée, car on ne peut imaginer la médecine générale hospitalière : l'université doit sortir un peu de l'hôpital et non les généralistes y entrer.

Grâce au troisième cycle de médecine générale, au futur stage en centre de soins primaires, au travail des associations investies dans la formation (Collège National des Enseignants Généralistes...) et celui de la Société Française de Médecine Générale (SFMG), l'enseignement de la MG se conceptualise peu à peu en tant que discipline universitaire, organisée et prodiguée par des médecins généralistes de ville. On peut donc espérer que dans quelques années elle sera réellement au cœur du système de soins, le chemin passe par sa reconnaissance à la faculté. □

Les nouveaux textes du deuxième cycle

François Péliissier

Plusieurs textes réglementaires organisant le DCEM sont sortis depuis la fin de l'année dernière. Ils ont trait aux fonctions hospitalières des étudiants en médecine (1) et à l'organisation des études du DCEM2 au DCEM4 (2).

Les grandes lignes de ces textes sont :

- l'instauration pour tous d'un stage chez le généraliste. Espérons que les relations entre généralistes et spécialistes n'en seront que meilleures...
- la mise en place d'une maquette de stage hospitalier : obligation de faire des stages en pédiatrie, gynécologie-obstétrique, chirurgie et médecine interne ou gériatrie,
- la prise en compte des notes de stage à hauteur de 25 % du total des notes de l'année. Cela permettra enfin de compenser les notes purement théoriques (dans la limite des notes éliminatoires), en donnant aux stages l'importance qu'ils auraient toujours du avoir,
- la création de séminaires, en plus des modules obligatoires et optionnels, dont l'un porte forcément sur la pratique de la médecine générale.

D'anciennes revendications satisfaites

La plupart de ces dispositions reprennent beaucoup de nos « déjà anciennes » revendications. Il manque cependant la création d'un vrai module de médecine générale et d'un diplôme de fin de 2^e cycle.

Ce diplôme aurait donné accès, outre à l'actuel TCEM, à un 3^e cycle diversifié (marketing, droit médical, industrie pharmaceutique, recherche, etc.) ; ainsi, les étudiants qui souhaiteraient prendre une autre orientation n'auraient pas eu à s'engager dans un 3^e cycle de médecine générale de 2 ans et demi dont ils n'ont rien à faire !

Quant au module de médecine générale, le tremblement de terre nécessaire reste à venir... Les enseignants associés de médecine générale ont du travail à faire au sein de leur département de médecine générale pour changer les mentalités. Pour avoir été trop (?) loin dans la promotion de la médecine générale, je me suis vu rétorquer que la faculté n'enseignait pas deux types de médecine et que je n'avais qu'à créer une faculté de médecine générale ! Sous-entendu : l'université n'enseigne que la médecine spécialisée actuellement ?...

Le passage dans les troisièmes cycles

Reste l'épineux problème du passage dans les troisièmes cycles. Tout le monde s'accorde pour dire que l'actuel concours d'internat est complètement dépassé...

Nos propositions vont dans le sens d'une épreuve classante obligatoire unique à caractère régional. Epreuve obligatoire : contrairement à un examen, tout le monde est reçu. Classante : cela constitue sans doute un meilleur moyen que le tirage au sort d'une lettre ! Régionale : tel est le choix des résidents lors d'une enquête réalisée auprès de 1000 résidents lors des choix de stage de l'année 95/96, sans doute pour pouvoir rester près de leur faculté d'origine.

C'est le dossier prioritaire du SNJMG pour l'année à venir. Nous y reviendrons dans un prochain Jeune MG.

1- décret 96-994 du 15/11/96 modifiant le décret 70-931 du 8/10/70 modifié relatif aux fonctions hospitalières des étudiants en médecine.

- arrêté du 9/12/96 relatif aux gardes des étudiants en médecine.

- arrêté du 9/12/96 fixant le montant des indemnités pour gardes supplémentaires attribuées aux étudiants du DCEM2 au DCEM4.

2- arrêté du 4/3/97 relatif à la 2^e partie du DCEM.

- arrêté du 4/3/97 fixant les thèmes d'enseignement devant faire l'objet d'un séminaire.

SEMESTRE CHEZ LE PRATICIEN : LES DÉCRETS SONT SORTIS !

François Pélissier

Quatre textes importants (1) sont récemment sortis au Journal Officiel. Ils concernent le stage des résidents chez des praticiens généralistes agréés. Malheureusement et comme d'habitude, il n'a pas été tenu compte de nos remarques d'ordre pratique. Résultat : les textes sont quasiment inapplicables pour la prochaine rentrée universitaire, avec toutes les conséquences qui s'en suivent...

Les projets de textes que le ministère nous avait envoyé fin avril étaient globalement satisfaisants, en particulier sur les points suivants :

- Le stage se déroule en continu : soit 4 mois dans un cabinet libéral, suivi de 2 mois (1 x 2 mois ou 2 x 1 mois) dans une (ou deux) autre(s) structure(s) qu'un cabinet libéral (dispensaire, service de PMI, de santé scolaire, centre de santé ou autre centre agréé dans lequel des médecins généralistes dispensent des soins primaires), soit 6 mois en continu dans un cabinet libéral avec au plus 1 journée par semaine dans 1 ou 2 des structures définies précédemment.

- Le stage est placé sous la responsabilité du département de médecine générale.

- Le stagiaire bénéficie du statut de résident.
- Le stagiaire est payé par le CHU de rattachement.

- Le maître de stage est rémunéré par la faculté (3 500 F brut par mois, soit 14 000 F pour 4 mois ou 21 000 F pour 6 mois).

Mais nous relevions déjà des oublis :

- aucune évaluation de ce stage n'est prévue,
- aucune procédure d'agrément des maîtres de stage n'est mise en place ; se contentera-t-on de l'actuel agrément par les seules facultés ?

- qui organisera le choix de ce semestre ?
- seuls les médecins libéraux seront maîtres de stage principaux,

- aucune notion de maître de stage référent n'apparaît,

projets et les textes définitifs, à une exception près : le stage ne pourra être réalisé qu'entre les 2^e et 4^e semestres ! De fait, ce texte est inapplicable à la prochaine rentrée universitaire... En conséquence, les résidents nouveau régime constituent la troisième promotion dont le diplôme ne sera pas reconnu dans la Communauté Européenne. Nous avons évidemment réagi de façon virulente (cf. communiqué de presse ci-contre).

Nous exigeons dès maintenant la possibilité d'effectuer ce stage en cinquième semestre. Mais nous demandons également que l'organisation des choix de ce semestre revienne à la DRASS, en mettant en place en amont des commissions d'agrément à l'image de celles existantes pour les stages hospitaliers.

Et la licence de remplacement?

Le décret sur les conditions d'obtention de la licence de remplacement (2) prévoit actuellement la validation de deux semestres de stages hospitaliers agréés pour la médecine générale ainsi que la validation de 15 demi-journées de stage chez le praticien.

Il est absolument nécessaire que des mesures transitoires soient prises afin que la licence de remplacement puisse être délivrée aux résidents nouveau régime sans que ce semestre soit réalisé. En effet :

- les nouveaux résidents ne peuvent pas valider uniquement 15 demi-journées de stage chez le praticien ; ce n'est pas prévu réglementairement pour les nouveaux résidents, les DRASS ne le paieront pas, les facultés ne le valideront pas, ni le résident ni le maître de stage ne seraient protégés en cas d'incident.

- tel que c'est parti, ce stage ne sera mis que difficilement en place pour la prochaine rentrée (dans le meilleur des cas !) : les plus chanceux ne pourront remplacer que 18 mois après le début du résidanat, les autres...

(1) décrets 97-494 et 97-495 du 16/5/97 (JO 18/5/97)

2 arrêtés du 16/5/97 (même JO)

(2) décret 94-120 du 4/2/94 modifié

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Intolérable !

Onze ans après la première directive européenne instaurant le stage chez le praticien et plus de deux ans après la date fixée par celle-ci, les ministères de tutelle ont fait paraître au Journal Officiel du 18 mai 1997 les textes sur l'organisation du semestre de stage chez le praticien dans le cadre du résidanat.

Ces textes, très attendus par les résidents en médecine générale et par la profession médicale, ne correspondent pas à nos attentes.

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes peut d'ores et déjà affirmer qu'ils seront inopérants pour les premiers résidents auxquels ils devaient s'appliquer, à savoir ceux entrés dans le 3^e cycle de médecine générale au 1^{er} novembre 1996.

En effet, d'après ces textes, le stage ne peut être accompli que lors du 2^e, 3^e ou 4^e semestre de résidanat. Or, ces résidents en sont déjà à leur deuxième semestre de stage. A moins de proposer aux résidents lors du choix de stage d'octobre 1997 la moitié des postes pour la réalisation du stage chez le praticien (ce qui est inenvisageable), les résidents «nouveau régime» constitueront la troisième promotion de résidents dont le diplôme ne sera pas reconnu dans la Communauté Européenne.

Cette absurdité vient s'ajouter aux nombreux points discutables retrouvés dans ces textes (aucune modalité d'évaluation ni d'accréditation des stages, aucune précision sur leur organisation, ...).

Enfin, dans la mesure où aucune disposition transitoire n'est prise pour aménager les conditions de délivrance de la licence de remplacement (actuellement : validation de deux semestres de stages hospitaliers et de quinze demi-journées de stage chez le praticien), les résidents nouveau régime ne pourront pas remplacer avant mai 1998 pour les plus chanceux...

En conséquence, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes exige dès maintenant que le stage chez le praticien puisse être réalisé lors du cinquième semestre de résidanat et que, à titre transitoire, les résidents nouveau régime puissent remplacer avec uniquement deux stages hospitaliers validés.

La goutte d'eau...

Aucune modification n'a été apportée entre les

Un profond réaménagement des études médicales se profile à l'horizon. Le groupe de travail Formation Médicale Initiale s'est penché sur la question. Le résultat de notre travail va aboutir à une plateforme dont nous vous livrons ici des extraits, en comparaison avec les premières volontés de changement du gouvernement. Les adhérents restant les souverains des décisions du bureau national, la prochaine assemblée générale se prononcera.

Un deuxième cycle de qualité

Nous avons réfléchi durant de longs mois sur ce qui pourrait améliorer l'enseignement durant le DCEM. Voici l'état des lieux de nos réflexions... Vos critiques nous aiderons à perfectionner encore ces idées.

L'enseignement de la médecine dépend de la conception du patient en général : Est-il un être humain malade ou préfère-t-on le morceler en pathologies de plus en plus spécialisées et distinctes?

La médecine générale, telle que nous la concevons, répond à la première hypothèse.

Constatons d'abord que la médecine générale n'est pratiquement pas enseignée durant le deuxième cycle (l'instauration d'un stage chez le praticien en DCEM ne constitue qu'une timide amélioration) et que la médecine spécialisée de ville est ignorée.

Les cours

Actuellement, les cours magistraux sont peu suivis : ils sont contournés grâce à des systèmes de ronéos et désertés par les étudiants au profit des conférences d'internat (d'une certaine qualité), privées (et donc onéreuses). Comment ignorer l'immense variabilité des programmes d'enseignement d'une faculté à l'autre, trop souvent en rapport avec les spécificités des hôpitaux rattachés aux facultés et bien éloignés de la pratique ambulatoire ultérieure : comment aborder la médecine générale dans de telles conditions?

Nous proposons :

1/ Un enseignement sous forme d'ED (Enseignement Dirigé):

- Acquisition vivante des connaissances

- Cohérence vis à vis des effectifs d'étudiants

- Contrôle continu et évaluation des séances par les étudiants (essentiel pour améliorer d'années en années l'acquisition des savoirs)

- S'appliquant aux matières ne pouvant être enseignées au sein des stages intégrés (cf. infra)

2/ Un programme d'enseignement national :

- Synthèse des propositions des collègues d'enseignants spécialistes et généralistes par la CPNEM (1)

- Part modérée (10%) des enseignements dépendants uniquement des facultés selon leurs spécificités

- Validation de l'acquisition de ces connaissances par un CSCT revalorisé (cf. article ci-contre)

Les enseignants

L'enseignement doit-il rester du ressort des ordonnances de 58 (mission donnée aux médecins des CHU d'assurer la clinique, l'enseignement et la recherche) ?

Actuellement, la seule voie de promotion hospitalière (ou d'enseignement et de recherche) est l'accession au professorat (rang A), même si le praticien n'a aucune vocation à l'enseignement ou à la recherche.

Le groupe de travail propose :

- Un accès au clinat et à l'assistanat non basé sur la cooptation.

- la mise en place de "valences" d'enseignement garantissant l'investissement pédagogique des enseignants nommés.

- l'ouverture du corps enseignant aux médecins des hôpitaux généraux et aux médecins de ville.

- La création d'un DIU (2) de pédagogie obligatoire pour les praticiens ayant des responsabilités d'enseignement.

- La prise en charge des départements de médecine générale par

des généralistes enseignants dont les candidatures sont proposées par un conseil national de généralistes reconnus pour leur qualité d'enseignant et de médecin généraliste.

Les stages

L'enseignement pratique au lit du malade est trop souvent sacrifié par les étudiants afin de préparer le concours de spécialité. Il est souvent délaissé par les enseignants qui en ont la charge du fait de leur excès de travail. En effet, les chefs de cliniques sont chargés des étudiants de sémiologie de P2-D1 (dont les heures de présence à l'hôpital ont été doublées), des étudiants hospitaliers de D2-D3-D4, de certains cours ou ED, d'une activité de recherche et d'une activité clinique.

Nous proposons :

- Un système de tutorat sur le principe de l'"evidence based medicine". Ce concept, très usité en Amérique du Nord, repose sur trois principes : auto-apprentissage par petits groupes suivis de près par un tuteur senior, résolution de problèmes cliniques comme axe prioritaire de l'enseignement, "la médecine fondée sur des faits démontrés" comme corpus de connaissance principal matérialisé sous la forme d'un ouvrage de référence.

- Un enseignement par modules intégrés (apprentissage pratique et théorique au cours de journée continue dans les services). Des modules interdisciplinaires peuvent être créés (ex : cardio-pneumo, gastro-chirurgie viscérale). La durée des stages peut varier entre 2 et 4 mois.

- L'évaluation des stages par les étudiants étant très disparate d'une faculté à l'autre, nous souhaitons qu'à l'image de certaines facultés "pilotes" l'évaluation des stages devienne rigoureuse et utilisée par les commissions de péda-

gogie locales pour l'accréditation des terrains de stage.

- L'évaluation de l'étudiant en fin de stage sur une épreuve clinique. Le jury doit être multidisciplinaire, inter services, associant tous les échelons hospitalo-universitaires.

- La rémunération des étudiants de D2 et leur affiliation au statut d'étudiants hospitaliers.

Une reconnaissance de l'enseignement de la médecine générale

La médecine générale et la médecine de ville sont quasiment absentes des programmes de formation.

Nous proposons :

- La participation des médecins généralistes aux enseignements qu'ils soient dirigés ou au sein des services.

- Le renforcement du stage chez le généraliste au cours du 2^e cycle avec mise en place d'une convention qui en précise les objectifs, ce qui ne va pas sans la valorisation des maîtres de stage (via leur rémunération et leur statut d'universitaire).

D'un externe bien formé à l'interne "débutant"

Le nombre d'heures de sémiologie relativement élevé en P2- D1 doit rester un atout et permettre aux étudiants d'avoir une approche graduelle des différentes spécialités. Ces stages doivent permettre d'apprendre sous le contrôle d'un senior, et non pas d'un étudiant plus âgé, à mener un interrogatoire et à faire un examen clinique. En aucun cas ces étudiants ne doivent faire du secrétariat ou avoir un rôle de "sous-externe".

Il n'existe pas de transition entre dernier stage d'étudiant hospitalier et premier stage d'interne.

Nous proposons que les étudiants hospitaliers puissent choisir entre un stage classique "d'externe" et un stage de FFI en journée continue avec prise progressive de responsabilités.

Le DCEM pourrait donc être organisé de la façon suivante:

- Stages hospitaliers intégrés de DCEM 2 à DCEM 4, d'une durée variable de 2 à 4 mois,

- Partage de l'emploi du temps pendant ces stages entre :

* Enseignement théorique dirigé dans le service, par les spécialistes et les généralistes (pour les sujets concernant la médecine générale). Evaluation par contrôle continu anonyme et examen final ;

* Enseignement pratique au lit du patient surtout le matin (l'activité hospitalière ayant surtout lieu le matin) et au cabinet (spé et/ou MG) certaines après-midi, en alternance avec les enseignements dirigés du service. Evaluation par épreuves cliniques régulières. Ceci pourra conduire au passage de l'étudiant dans toutes les disciplines médico-chirurgicales essentielles, à une approche précoce de la médecine ambulatoire et à une revalorisation de son séjour auprès des patients

Anne Debéchon et Frédéric Pénit

Commission Pédagogique Nationale
des Etudes Médicales
Diplôme Inter Universitaire

Qu'on se le dise !

Le SNJMG fait figure d'exception dans le paysage syndical médical.

En effet, en tant que syndicat INDEPENDANT, le SNJMG est un des rares syndicats à ne recevoir AUCUNE aide financière ou matérielle d'AUCUN syndicat, parti politique, administration, hôpital, conseil de l'ordre ou laboratoire pharmaceutique!

Les projets du gouvernement

Le gouvernement semble vouloir proposer un DMOS.

Il s'agit là d'un texte "fourre-tout" comportant "Diverses Mesures d'Ordre Sociales", qui fera l'objet d'un vote à l'Assemblée Nationale.

D'après Mr. Lévy, celui-ci comportera les mesures suivantes :

1/ Mise en place d'un examen validant national en fin de DCEM (NDLR : distinct du CSCT et à base de 80% de QCM à choix simple),

2/ Mise en place d'un examen classant national pour l'entrée en 3^e cycle prenant en compte les notes obtenues au cours du 2^e cycle des études médicales (NDLR: introduction du contrôle continu dans un internat pour tous)

3/ Classement de tous les étudiants avec création d'une filière de médecine générale (NDLR: internat pour tous, DES de médecine générale de 3 ans ?)

4/ Suppression de la distinction sémantique entre résidents et internes (NDLR: Comme le demandait le SNJMG depuis sa création en 1991!!!)

Fred

Comment valider le deuxième cycle ?

Et si pédagogie, évaluation, et contrôle continu étaient les clefs de voûte de la validation d'un DCEM de qualité. Nous vous exposons ici les grandes lignes des revendications du SNJMG (1) concernant les conditions d'accès à la fonction d'interne de médecine générale (2)

Aveuglement ou timidité ?

Il faudra bien que cesse un jour l'hypocrisie ou l'ignorance des responsables de l'Etat...

Soyons objectifs : la variabilité du contenu du CSCT d'une fac à l'autre et l'absence d'harmonisation pédagogique reposant sur une évaluation rigoureuse en font un examen peu crédible, alors même qu'il est considéré comme le certificat vérifiant l'acquisition des connaissances du DCEM.

L'évaluation du savoir pratique et des capacités de l'étudiant à assumer des responsabilités engageant la vie d'autrui est largement supplantée par le bachotage stérile

d'un concours que l'essentiel des étudiants vit comme un emprisonnement.

La désertion des enseignements de la faculté au profit de la préparation du concours de spécialités fait le lit de la dévalorisation de la médecine générale: on s'y résigne assez souvent après l'échec au concours de spécialités. (3)

Le monopole de l'université sur l'enseignement n'arrange rien: malgré la résolution timide d'introduire un stage chez le praticien en DCEM, force est de constater que les enseignants sont presque exclusivement des hospitalo-universitaires. Où sont donc les composantes ambulatoires de prévention, d'épidémiologie et suivi qui font pourtant l'intérêt de la pratique de la médecine de ville ?

Demi-teinte

Que nous propose donc le gouvernement sur le sujet ?

En réponse à notre demande de projets de textes concernant la réforme, le gouvernement, en la personne de Gérard Lévy (4), nous propose que soit initiée la réorganisation des études médicales par un DMOS (voir encadré ci-dessus). Il est clairement explicité dans celui-

ci la création d'un nouvel examen national validant le DCEM, en sus de l'actuel CSCT. On y évoque aussi la notation par contrôle continu, qui servirait au classement des étudiants dans le cadre d'un internat pour tous.

Pouvons-nous nous baser sur quelques phrases sans aucune précision s'agissant d'une réforme de la plus haute importance ?

Nous demandons des projets de textes, nous n'obtenons que les bouts de chandelles d'un embryon de réforme !

Les revendications du SNJMG

Après plusieurs mois de réflexion du groupe de travail du SNJMG sur la FMI (formation médicale initiale) (5), et à l'approche de la réforme, nous défendons toujours les revendications suivantes:

- Création/réactivation d'une Commission Nationale de l'Enseignement de la Médecine,
- Proposition du programme national du CSCT par cette commission,
- Organisation locale du CSCT

(Respect de l'autonomie des facultés),

- Les sujets sont alors déclinés par chaque faculté, intégrant 80 % d'items nationaux et 20 % d'items libres définis par la commission pédagogique de chaque faculté.

- CSCT du type "baccalauréat" (2 jours d'épreuves au moins)

- (Quasi) Exclusivité des dossiers cliniques

- Evaluation médicale large :

Clinique ; aide au diagnostic (outils médico-techniques modernes : biologie et imagerie médicale) ; *Thérapeutique* (Prescription pharmaceutique, Réadaptation fonctionnelle)

- Epreuve pratique anonyme orale dans le CSCT (sujets nationaux)

- Prise en compte la notation des différents stages effectués par l'étudiant : Contrôle continu des acquis pratiques et théoriques (épreuves mensuelles ou bi-mensuelles théoriques et pratiques). La proportion de ce contrôle continu dans la notation des modules et du CSCT serait au maximum d'un tiers pendant une période pilote de 3 ans (avec évaluation de ce type de formation à l'issue de la période pilote).

- Réorganisation des conditions d'examen ;

- Véritables anonymat des candidats (Codage de l'état civil des candidats) ;

- Jurys multidisciplinaires & interrégionaux, associant tous les échelons hospitalo-universitaires ;

- Correction croisée par des facultés différentes de la faculté d'origine de l'étudiant à un échelon inter-régional

Le SNJMG est fermement opposé à :

- La régulation de l'accès au troisième cycle, par le CSCT ou tout autre examen de fin de DCEM (numerus clausus supplémentaire),

- La validation du 2^e cycle au moyen de QCM, quels qu'ils soient (sondage interne au SNJMG mai 98).

Mais ces revendications sont surtout les vôtres, et le débat reste ouvert. Le SNJMG propose simple-

ment de favoriser l'investissement personnel et le goût pour la clinique des étudiants en médecine et des futurs médecins généralistes.

La réforme germe, prenez parti, venez y réfléchir au sein du groupe de travail!

Frédéric PENIT

Contenues dans la nouvelle plateforme "Formation Médicale Initiale" du SNJMG, bientôt disponible sur demande à notre secrétariat

Dénomination qui pourrait bientôt réapparaître, si l'on en croit les projets gouvernementaux

En 1995, le SNJMG a publié une étude

Les statuts du SNJMG ne vous permettent pas de devenir membre actif du syndicat. Toutefois, si vous désirez nous soutenir le SNJMG et/ou bénéficier des tarifs promotionnels réservés aux adhérents, vous pouvez devenir "membre associé" du SNJMG en nous retournant un bulletin d'adhésion (voir page 11) et le règlement d'une cotisation réduite (200 F + 50 F pour Jeune-MG)

relevant qu'un résident sur 2 avait passé le concours de spécialité au moins une fois.
Conseiller Technique de Bernard Kouchner

Dans lequel chacun des sympathisants du SNJMG est le bienvenu : renseignements F. Pénit au 06 81 51 75 91

NOS PARTENAIRES

Action contre la Faim recherche des médecins...

« On ne pourra pas dire qu'on ne savait pas.

On ne peut pas dire qu'on ne peut rien faire. »

Tel est le message de notre dernière campagne de sensibilisation.

A l'image du combat que nous vous proposons de mener avec nous.

Depuis 20 ans, Action contre la faim se bat pour faire reculer la faim en Afrique, en Asie, dans le Caucase, et en Amérique Latine. Parce que les maladies sont bien souvent une des causes essentielles de la malnutrition, les équipes d'Action contre la faim développent des programmes intégrant la nutrition, la santé, l'accès à l'eau et la sécurité alimentaire.

Dans le domaine médical, Action contre la Faim a choisi de concentrer ses efforts sur les soins de santé primaires, la protection maternelle et infantile, la prévention et le traitement d'épidémies telles que le choléra. La formation du personnel local représente toujours une part importante du travail des médecins sur le terrain, dont le rôle est davan-

tage d'encadrer et de former une équipe locale que de soigner eux-mêmes les patients.

Présente dans une trentaine de pays, l'association a développé depuis 1986 un véritable réseau international, regroupant des sièges indépendants mais solidaires en France, aux Etats-Unis, en Espagne et au Royaume-Uni. Cette dimension internationale se traduit très concrètement sur le terrain, où les équipes regroupent des volontaires de différentes nationalités, recrutés par les quatre sièges. D'où l'importance d'une bonne maîtrise de l'anglais, langue de travail dans bien des cas.

L'association a connu une expansion très rapide ces dernières années, doublant en cinq ans le nombre de ses pays d'intervention. Aujourd'hui présente dans une trentaine de pays, Action contre la Faim a toutefois su garder sa sou-

plesse d'intervention. « Ce que j'apprécie particulièrement à Action contre la Faim, nous disait un médecin, c'est la marge de manœuvre qui est laissée à chaque volontaire sur le terrain. Nous bénéficions d'un véritable cadre professionnel, qui nous donne les moyens d'intervenir, tout en gardant une véritable autonomie et responsabilité dans la conduite des projets sur le terrain. »

L'association recherche en permanence des médecins, prêts à s'engager pour 3 mois, 6 mois ou 1 an. Actuellement, 3 postes sont à pourvoir pour la Somalie, le Burundi et la Russie.

Pour partir sur le terrain, contacter : Florence Licci, Action contre la Faim, 4 rue Niepce, 75014 Paris
Tél : 01 43 35 88 88

Pour en savoir plus sur Action contre la Faim : www.acf-fr.org

INTERVIEW de Serge GILBERG du CNGE

numéro 33 - avr. 2000

Serge GILBERG est généraliste installé à Paris, professeur associé de médecine générale à la faculté Necker, responsable du département de médecine générale et membre du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants). Il travaille avec le bureau du CNGE sur la réforme des études médicales et le représente à la commission pédagogique nationale des études médicales avec le Pr MF LEGOAZIOU de Lyon ; ainsi qu'auprès des ministères avec B. GAY qui en est le président.

Le groupe de travail FMI (formation médicale initiale) du SNJMG a souhaité le rencontrer pour enrichir sa réflexion. Nous vous avons retranscrit les grandes lignes de cette rencontre.

SNJMG : Quel sont les objectifs de votre action ?

SG : Réformer les études médicales pour mieux préparer les futurs médecins à leurs missions. Cela passe par la fin de l'internat sous sa forme actuelle. On ne peut pas envisager de réforme du deuxième cycle convenable tant que persiste l'internat.

Le CNGE, les enseignants associés de médecine générale sont extrêmement favorables à cette réforme dans l'idée où elle devrait permettre de revoir tout le contenu du deuxième cycle de manière à former des étudiants polyvalents à vocation indéterminée. Nous sommes favorable à un deuxième cycle qui soit un réel tronc commun qu'on devienne médecin généraliste, spécialiste, chercheur ou médecin hospitalier.

SNJMG : Quelle serait la place de la Médecine Générale dans le deuxième cycle ?

SG : En tant que discipline nous ne revendiquons pas une hypertrophie de la médecine générale dans le deuxième cycle, ni un certificat de médecine générale... Nous voulons participer avec les autres disciplines à la construction de ce tronc commun.

SNJMG : Quelle serait l'interface deuxième - troisième cycle ?

SG : L'entrée dans le troisième cycle doit se faire après la validation du deuxième cycle. Cette validation se ferait sur la base d'un programme qui est national. On rentre dans le troisième cycle par le prochain concours de l'internat en ayant choisi l'une des filières au choix.

SNJMG : Quelle sera l'image de la médecine générale ?

SG : La réalité professionnelle change à partir du moment où l'on recentre le système de soins autour de la médecine générale. 60% des futurs étudiants seront des généralistes. La médecine générale est reconnue comme une discipline en-

seignée à l'université. Les étudiants doivent choisir la médecine générale par désir, par choix positif et non plus en raison d'un échec dans une autre filière.

SNJMG : Sur quel contenu travaillez vous actuellement ?

SG : Nous avons proposé un texte de cadrage qui ne définit pas les modules mais qui définit les principes de la réforme (tronc commun, objectifs généraux, ce que doit être un étudiant indéterminé en fin de deuxième cycle). Nous pensons effectivement qu'il serait bon de dépasser la problématique des disciplines pour une réforme du deuxième cycle. Ce qui est important en deuxième cycle c'est d'avoir une culture médicale, d'avoir des connaissances de base, de savoir où aller chercher les connaissances, de connaître les principales maladies, de savoir reconnaître les urgences, les gérer, les signes de gravité des maladies et repérer les signes d'appel qui font penser à des maladies rares sans forcément connaître ces maladies.

Il faut acquérir les compétences pour résoudre les plaintes les plus fréquentes. Il faut savoir tenir compte de l'environnement du patient et des conditions d'exercice professionnel. Dans l'idée des conseillers des ministres, une réforme plus audacieuse consisterait à introduire de la transversalité de modules autour des grands processus tels que l'inflammation, l'infection, la conception...

SNJMG : Quel est la place de l'enseignement du normal ?

SG : Dans le cadre de la redéfinition de modules nous comptons proposer un module " l'homme ou la femme normale "... Toutefois cet aspect devrait être abordé dans le cadre du premier cycle.

SNJMG : Soutenez vous l'idée d'un stage de deuxième cycle de médecine générale ?

SG : Ce stage existe déjà dans les

textes, le décret devrait le confirmer. Toutefois il n'a jamais été mis en place ; il faudra cette fois que l'arrêt paraisse et que ce stage se déroule au même titre que les autres stages d'externat.

SNJMG : Mais de nombreux étudiants n'appréhendent pas la dimension humaine de la médecine.

SG : C'est justement là l'importance de rencontrer la médecine générale plus tôt. Pour que les phénomènes d'identification se fassent sur d'autres modèles que ceux proposés actuellement.

Le problème tient de ce qui est le plus souvent valorisé aujourd'hui dans les services hospitaliers. On écoute peut être moins les malades. On n'écoute rarement les médecins traitants qui connaissent leurs patients. La culture des étudiants en est imprégnée.

SNJMG : Pensez vous que la réforme et l'humanisation de l'enseignement puisse se faire sans réformer le mode d'entrée en médecine ?

SG : Sur le concours, je suis complètement d'accord et c'est pour ça que l'idée d'une réforme du premier cycle me semble intéressante parce que les critères de sélection sont tels que rien ne dit qu'on sélectionne les bons étudiants, qui souvent connaissent très mal leur futur métier pour devenir des docteurs. Nous voyons malgré cela arriver des générations d'étudiants assez intéressants : particulièrement critiques, réfléchis, ayant une bonne démarche de raisonnement.

SNJMG : Au total sur le deuxième cycle quel sera le programme pour les étudiants ?

SG : Sur le deuxième cycle le but est d'être capable de définir un programme opposable à toutes les facultés pour le deuxième cycle. La validation se fera à partir de ce programme. Elle devrait se faire par facultés sur la base du programme national. Mais les facultés sont au-

???

tonomes et ont la capacité d'organiser comme elles souhaitent leurs enseignements.

SNJMG : Quel est l'intérêt de la transversalité ?

SG : L'intérêt est de faire intervenir des enseignants de différentes disciplines ensemble. Prenons l'exemple des lombalgies : il peut être intéressant d'avoir un rhumatologue, un médecin de travail, un psychiatre, un médecin généraliste réfléchissant ensemble sur la problématique des lombalgies, chacun éclairant différemment le problème.

SNJMG : La médecine générale est elle au centre des enseignements ?

SG : Nous serions prétentieux de le penser. Il faut proposer nos compétences chaque fois que cela sera nécessaire pour contribuer à une formation de qualité. Mais la médecine générale n'a pas le monopole de l'approche transversale, ni d'une approche plus "humaine". Par contre nous sommes les seuls à connaître les soins primaires.

On a eu un débat entre nous certains auraient souhaité qu'on défende l'idée de modules spécifiques de médecine générale, je crois que ce serait une erreur.

Le généraliste au cœur du système de soins c'est le chef d'orchestre mais je pense que dans l'enseignement ce n'est pas la même chose.

SNJMG : Que proposez vous pour le troisième cycle de médecine générale ?

SG : Pour le troisième cycle on rentre dans un cycle de spécialité donc on nous a demandé une maquette que nous avons commencé à travailler sur la base des six semestres de la rentrée 2000.

Il y aurait quatre semestres hospitaliers et on commence à travailler sur une maquette comprenant médecine interne, urgences, gynécologie, pédiatrie, psychiatrie. Il faut voir comment et à quel rythme.

SNJMG : Que doit être le sixième semestre ?

SG : Cela pourrait être un semestre privilégiant un stage en milieu ambulatoire. Ce stage peut correspondre à un remplacement type assistanat, il peut permettre de

mener un projet de recherche ou encore pour coller un projet professionnel précis.

SNJMG : Quelle validation pour le troisième cycle ?

SG : La certification : c'est attester qu'il y a une acquisition de compétences c'est à dire que mis en situation de résolution de problème, le futur médecin est capable de résoudre le problème : ce n'est pas seulement une validation de connaissances.

Derrière il y a le débat sur la recertification : avant de recertifier, il faut certifier.

SNJMG : La thèse garde t'elle sa place ?

SG : La thèse c'est pas comparable avec la certification. Il serait dommage de la supprimer au moment où on veut tellement inciter au développement de la recherche clinique en médecine générale ; or c'est un moyen de commencer à former des chercheurs. Quand on a une discipline émergente, on a besoin de chefs de projet et c'est un moyen formidable.

SNJMG : Quels sont vos moyens ?

SG : Pour faire tout ça il faut beaucoup d'enseignants en médecine générale. Il faut que vous sachiez qu'il y a 41 professeurs associés de MG en France et que toutes les facultés n'en sont pas pourvues et qu'il faudrait au moins 4 enseignants associés par faculté. On pense qu'il faut reconnaître la spécificité de notre exercice. Il faudrait reconnaître notre statut de généralo-universitaires et prendre les dispositions nécessaires... Merci de votre invitation.

Propos recueillis
par Olivier Gattolliat

Les acquis du SNJMG pour les résidents

- Livrets d'appréciations des stages, indépendants (des hôpitaux, des facultés et des enseignants) et transparents, depuis 1992
- Guide du résident réactualisé annuellement, depuis 1994
- Indemnités de sujétion (2215 francs bruts par mois) pour les résidents premier semestre, depuis 1993
- Revalorisation exceptionnelle (plus de 18% d'augmentation) de la rémunération des gardes, depuis le 01.07.1998
- Rémunération systématique des gardes, depuis le 23.04.1999 (2)
- Impossibilité d'imposer à un résident plus de vingt-quatre heures consécutives de gardes, depuis le 23.04.1999 (2)
- Autorisation légale pour un résident en stage chez le praticien d'effectuer des gardes dans un hôpital, depuis le 23.04.1999 (2)
- Autorisation légale pour le résident de consacrer deux demi journées par semaine à sa seule formation universitaire, depuis le 11.11.1999 (1)
- Amélioration de la prise en charge en cas de maladie professionnelle et d'accident de travail, depuis le 11.11.1999 (1)
- Reconnaissance du droit syndical pour le résident avec autorisation spéciale d'absence pour les représentants élus, depuis le 11.11.1999(1)
- Obligation d'une procédure écrite contradictoire avant toute sanction disciplinaire, depuis le 11.11.1999 (1)
- Suppression de la nécessité pour le résident d'acquiescer les tâches confiées "en toutes circonstances", depuis le 11.11.1999 (1)
- Suppression du caractère descriptif du certificat d'aptitude pour exercer les fonctions de résidents, depuis le 11.11.1999 (1)
- Réintégration automatique du résident à l'issue d'une disponibilité, depuis le 11.11.1999(1)

(1) : Protocole d'accord entre gouvernement et syndicats de jeunes médecins (dont le SNJMG en tant que représentant national des résidents en médecine générale) suite à la grève des gardes de juin 1998

(2) : Arrêté publié suite à la grève unitaire des internes de pharmacie (FNSIP), des internes de spécialités (ISNIH) et des résidents en médecine générale (SNJMG)

Les propositions du SNJMG

Nous vous présentons ici la version actualisée de notre plate forme de revendications en matière de formation médicale initiale : Voici les principes que nous défendrons lors de la mise en place de la réforme des études médicales.

Enseignement de PCEM

- Condensation à un an d'enseignement autour de modules "homme normal" : le programme doit être axé sur l'apprentissage des bases scientifiques des mécanismes physiologiques du corps humain et des technologies médicales. Il doit permettre une introduction sur leurs implications en médecine. L'étudiant doit découvrir l'environnement médical et le système de santé publique dans lequel il aura à évoluer.
- Maintien d'un numerus clausus adapté à la démographie médicale.

Enseignement de DCEM

- Un programme d'enseignement national (fixé par la Commission Pédagogique Nationale des Etudes Médicales) est indispensable et permettra de définir ce que tout médecin doit savoir: une compétence minimale.
- Enseignement basé sur le principe des modules intégrés : La définition d'une maquette de stages intégrés reprenant les items du programme national, sur trois ans, avec possibilité de modules optionnels, est le seul gage d'une formation égalitaire et complète des étudiants. Dans le cadre du module intégré, l'acquisition théorique a lieu dans le service (association des enseignements généralistes et spécialisés) sous la forme d'enseignements dirigés, avec évaluation théorique régulière par contrôle continu et exa-

men final: l'apprentissage clinique peut alors être organisé par les mêmes enseignants, en milieu hospitalier et ambulatoire, de manière progressive et encadrée, contrôlé par une évaluation clinique finale rigoureuse (pratique, orale). L'enseignement transversal nous semble le plus adapté aux études médicales (cf "mesures générales")

- Enseignement dirigé soumis au contrôle continu pour les disciplines non abordables par module intégré.
- Evaluation bipartite (prise en compte de l'opinion des étudiants sur leurs enseignements) permettant d'accréditer les terrains de stage.
- Certification des enseignants et valorisation de l'enseignement par la promotion hospitalo-universitaire.

Passage du DCEM au TCEM

- Nous souhaitons la création d'un Diplôme validant de fin de deuxième cycle reposant sur la validation de tous les enseignements du DCEM (modules intégrés et enseignements dirigés).
- L'entrée dans le TCEM pourrait se faire au moyen d'une épreuve nationale classante par filières, d'organisation régionale (Médecine Générale et Spécialisée confondues). Le candidat doit pouvoir se présenter à cette épreuve sans limitation du nombre d'inscriptions.

Troisième cycle de Médecine Générale

- Définition d'une maquette nationale de formation spécialisée en Médecine Générale : S'étendant sur 3 ans (DES), elle associe les stages hospitaliers (accréditation scrupuleuse après évaluation bipartite et avec respect d'un projet pédagogique adapté à la Médecine Générale et obligation de formation en Médecine Interne, Pédiatrie, Oxiologie et Gynéco-obstétrique) et le stage chez le praticien (ap-

prentissage de la variété de la Médecine ambulatoire, responsabilisation progressive ; autonomisation en fin de stage par la mise en situation de remplacement).

- Respect du statut d'interne de médecine générale : Application des dispositions statutaires redéfinies par les textes de 1999.
- Mise en place d'un DESC de médecine générale permettant l'accès aux carrières hospitalo-universitaires (urgences, gériatrie et médecine interne) et d'enseignement de la médecine générale.

Mesures générales

- Allongement de la durée de l'année universitaire : un enseignement de début septembre à mi-juillet, associé à l'élaboration d'un programme national permettrait de raccourcir la durée des deux premiers cycles à quatre ans.
- Généralisation du mode d'enseignement transversal de la médecine : organisation de l'apprentissage autour de la résolution de problèmes cliniques (par exemple : démarche diagnostique et approche thérapeutique devant une fièvre, une dyspnée, un trouble de la conscience...). Les enseignants intervenant sont alors multiples (exemple : Physiologiste respiratoire, cardiologue et pneumologue pour la dyspnée) et les notions appréhendées par les étudiants ciblées sur l'étude des grandes fonctions vitales : le patient est abordé dans sa globalité et non plus appareil par appareil. Le but en est de permettre à tout étudiant entrant dans le troisième cycle d'être capable d'initier seul la prise en charge d'un patient.
- Développement d'un système de tutorat : ayant déjà fait ses preuves en Amérique du Nord, ce système d'encadrement d'un petit groupe d'étudiants par un médecin spécialiste de l'enseignement et l'interaction entre étudiants semble permettre une auto-évaluation et un ajustement permanents de l'ap-

prentissage, très motivants pour les enseignants et les étudiants.

- Accès 24h/ 24 aux services de documentation médicale (bibliothèques universitaires et services en ligne).

Le groupe de travail FMI

Etat des lieux de la réforme des études médicales

Le SNJMG demande depuis sa création une réforme des études médicales permettant la reconnaissance de la médecine générale comme discipline clinique et universitaire à l'égal des autres spécialités. Ainsi, à l'occasion de la grève, les représentants du syndicat ont bien dissocié cette question des revendications du mouvement (afin d'éviter tout risque d'interférence) et demandé la mise en oeuvre rapide de cette réforme (sous réserve d'une information préalable de toutes les parties concernées).

Le Bureau National du SNJMG s'est réjoui du paragraphe sur les études médicales du protocole d'accord du 03 mai 2000 prévoyant une présentation de la réforme et l'inclusion de la réforme du TCEM dans le projet de loi de modernisation sociale (ce projet a été présenté en conseil des ministres le 24 mai). Toutefois, le Bureau National du SNJMG s'est étonné de l'absence de cohérence entre les différents projets de modifications statutaires. En effet, si le projet de loi de modernisation sociale consacre à notre plus grande satisfaction la disparition de la différence sémantique entre internes et résidents (ré-

tablissement de l'internat pour tous), les projets d'arrêtés qui ont été soumis au Conseil National des Études Supérieures Et de la Recherche (CNESER) le 15 mai maintenaient cette différence. En outre, ces projets d'arrêtés prévoyaient un allongement du 3^{ème} cycle de médecine générale (TCMG) à 3 ans avec 6 mois de stage supplémentaire dans un service hospitalier. Or, le SNJMG avait demandé à de nombreuses reprises qu'aucun allongement du TCMG ne soit décidé tant que ne seraient pas mis en place:

-une maquette des stages hospitaliers pour le 3^{ème} cycle de médecine générale (programme de passage

obligatoire pour tout futur généraliste) incluant pédiatrie, gynécologie et médecine d'urgence. Trop de futurs généralistes terminent leur cursus de formation sans avoir pu bénéficier d'une formation pratique dans ces domaines!

-une évaluation nationale bipartite des stages afin de retirer l'agrément à de nombreux stages hospitaliers jugés non formateurs pour la médecine générale par les résidents. Aussi, le Bureau National du SNJMG est-il intervenu auprès de différents participants du CNESER pour les informer de son opposition à l'allongement du TCMG tant que ne seraient pas satisfaites ses demandes de qualité (position renforcée par les projets de directives européennes envisageant d'imposer 12 à 18 mois de stage en centre de soins primaires = «chez le praticien» dans le TCMG). Finalement, le CNESER a voté le passage à 3 ans du résidanat à la rentrée 2000 sous réserve qu'une nouvelle maquette répertoriant les stages utiles aux futurs généralistes lui soit présenté lors de sa prochaine

session en septembre 2000. Faute de cette nouvelle maquette, le CNESER a demandé que des mesures transitoires soient mises en oeuvre pour les étudiants en 2000.

Par ailleurs, à l'heure du bouclage de cette revue, le Bureau National du SNJMG agissait pour corriger la réforme du TCEM incluse dans le projet de loi de modernisation sociale. Il déplorait l'absence d'évaluation du nouveau mode d'entrée en troisième cycle et s'inquiétait de la formulation du texte qui laissait à penser que certains étudiants pourraient être «collés» à un concours d'entrée en 3^{ème} cycle ou dirigés contre leur gré vers des filières non prescriptrices (ex : droit médical). De plus, la validation du 2nd cycle n'étant pas présentée dans ces textes, le BN craignait un alourdissement du calendrier des examens de fin de deuxième cycle (que devenait le CSCT?)

Pour conclure, le BN du SNJMG réaffirme son attachement à une réforme des études médicales reprenant la philosophie du discours du premier ministre, L. Jospin, le 30 Juin 1999. Il demande toutefois que les détails d'application ne viennent pas compromettre la validité de l'ensemble du projet.

Pierre Martin

Depuis notre précédent dossier consacré aux études médicales (jeune-MG n°28), les événements se sont précipités avec l'annonce par le gouvernement de réforme des 3^e et 2^e cycles mais aussi du 1^{er} cycle...

Voici donc un nouveau dossier afin de faire le point de la situation et rappeler les revendications du SNJMG.

Les réformes annoncées

numéro 32 - janv. 2000

Le 19.03.99, au congrès international sur la recherche en Médecine Générale de Toulouse, le Pr. Jean Rey, conseiller de Claude Allegre pour les études médicales annonçait : "La réforme des études médicales n'est pas à l'ordre du jour". Ces propos étaient confirmés, fin mai 99, à l'occasion de l'Assemblée Générale du SNJMG, par Florence Veber, conseillère de Bernard Kouchner pour les personnels hospitaliers.

Surprise !... le 30.06.99, en clôture des Etats Généraux de la Santé, Lionel Jospin, premier ministre, change la donne...

Le discours de Lionel Jospin

"Une réforme des études médicales est nécessaire. Il faut rééquilibrer l'enseignement de la médecine, ouvrir les études médicales et y donner toute sa place à la médecine générale. Rééquilibrage, en premier lieu. Notre enseignement en Faculté de médecine souffre de ce que le grand philosophe Georges CANGUILHEM appelait "l'idéologie médicale" : celle du primat de la biologie, de la suprématie de la spécialité sur la médecine générale, de la supériorité prêtée à la technique sur la clinique.

Le 2^e cycle sera donc modifié pour accorder une place plus grande à une approche globale de l'homme souffrant ; l'enseignement de la santé publique, de l'épidémiologie, de l'éthique, de l'économie de la santé, sera développé. Les études médicales doivent être plus ouvertes sur la société.

Le nouveau 2^e cycle sera consacré par un diplôme national, délivré par les universités, qui permettra aux étudiants qui le souhaitent d'avoir accès à d'autres disciplines, telles que le droit, le journalisme et l'industrie, ou de poursuivre leurs

études dans d'autres pays européens.

Munis de ce diplôme, la plupart des étudiants entreront dans le 3^e cycle après avoir passé un concours de l'internat, national, anonyme et classant. La médecine générale sera reconnue comme une spécialité au même titre que les autres et sa durée de formation sera portée à trois ans. Tout en étant mieux formés, seront donc généralistes, les médecins qui en auront fait le choix. C'est ainsi que la médecine générale sera reconnue à sa juste valeur et qu'elle pourra tenir toute sa place dans le monde médical."

L'annonce de Claude Allegre

A la suite de L.Jospin, Claude Allegre annonce dans une interview parue dans le Quotidien du médecin du 06.07.99, un projet de réforme du premier cycle des études médicales! Voici quelques extraits des propos du ministre : "le problème auquel nous devons maintenant réfléchir (NDLR : après l'annonce de la réforme des études médicales par L.Jospin) est celui du gâchis humain du concours d'entrée en médecine, de pharmacie et d'odontologie. Ce concours est terrible et les collés n'ont aucune équivalence. Sa docimologie est inadaptée: il se fait en partie de QCM, ce qui n'est pas la meilleure manière de juger les qualités de ré-

flexion des étudiants. Bref, cette sélection est extraordinairement brutale et la France est le seul pays au monde à avoir ce système (...) Je propose donc qu'il y ait d'abord une formation de 2 ans dans l'un ou l'autre des différents DEUG qui existent aujourd'hui, y compris, pourquoi pas un DEUG Santé. Après ces 2 années, seuls les meilleurs étudiants (ceux par exemple qui auraient eu des mentions, une moyenne correcte) pourraient se présenter au concours santé, c'est à dire à l'année de licence (...) la première année de deuxième cycle, qui conduira à l'obtention de la licence sera commune à la médecine, la pharmacie et l'odontologie.. Il y aura ainsi un socle commun à ces 3 filières, comportant une formation générale en génétique, en biochimie, en physiologie, en économie et en éthique (...) ceux qui auront échoué au DEUG ou à la licence ne seront plus sur le carreau (...) la sélection sera donc plus progressive, sans couperet. Enfin, après 6 années d'études, les étudiants auront (...) un diplôme de fin de deuxième cycle, sorte de mastère médical ou pharmaceutique (...)

Chaque étape a sa propre justification. Il y a un concours pour accéder à la licence de santé, un deuxième pour choisir son futur métier et l'internat pour choisir sa discipline d'exercice (...)

Un groupe de travail sera rapidement mis en œuvre pour y réfléchir (...) il y a d'ailleurs ici des points de convergence forts avec ce que proposent Jean François Mattei ou Jean Michel Dubernard. Mais je n'accepterai jamais de fabriquer un ghetto en santé ou créer des universités de santé qui seraient coupées de la biologie et de la technologie"

Cette annonce était reprise le 07.07.99 dans Libération dans un article intitulé "Allegre fait débiter les études de médecine à bac+2" et se

terminant ainsi: "Auteur en 97 d'un rapport sur la refonte des études de médecine, le professeur J.F.Mattei s'est réjoui hier que les pistes tracées par Claude Allegre reprennent pour l'essentiel les propositions qu'il avait émis à l'époque. (Concernant le désaccord sur les universités de santé) il parlait de malentendu de langage. Il précisait néanmoins que le système de Claude Allegre reviendrait de facto à entériner un DEUG santé. Il mettait aussi en garde contre une "découverte trop tardive de l'hôpital pour les étudiants". Claude Allegre n'a pas précisé hier son calendrier. Les modalités concrètes de mise en œuvre de son projet pourraient être connues d'ici la fin de l'année. La réforme serait applicable au plus tôt en 2001 ou 2002 "

Quelles suites ?

Courant juillet 99, les ministères (Santé et Education Nationale) ont adressé pour avis à toutes les parties concernées, un projet de modification de l'arrêté du 04.03.97 organisant le DCEM. Puis le 16.09.99, s'est tenue la première réunion de la Commission Pédagogique Nationale des Etudes Médicales. Enfin, le 09.11.99, Libération annonçait les grandes lignes de l'ensemble de la réforme des études médicales (du 1^{er} au 3^e cycle) : numerus clausus repoussé en fin de PCEM (quelles modalités pour le concours ?) ; équivalence DEUG pour les collés au numerus clausus (pour tous les collés ?) ; arrivée des sciences humaines dans le PCEM; enseignement transversal dans le DCEM ; création d'un diplôme de fin de DCEM ouvrant accès à des troisième cycle de médecine non praticienne; remplacement du concours de spécialités par un examen (y aura t il des collés ?) classant, national, commun (spécialités et médecine générale) à l'issue duquel l'étudiant choi-

???

sira sa discipline et sa faculté pour son troisième cycle.

Quelles perspectives?

Manifestement, le gouvernement est décidé à mener à bien la réforme des études médicales. Le SNJMG qui insistait depuis sa création en 1991, sur la nécessité de cette réforme, se réjouit de la philosophie générale du projet présenté. Pour autant, nous

resterons très attentif sur les détails de la réforme et sur les modalités d'application car nous savons par expérience que c'est sur ces éléments que se joue le succès ou l'échec d'une réforme.

Pierre Martin

Le SNJMG sur Internet ! www.snjmg.org

Les revendications du SNJMG

Après une réunion organisée le 13.03.99 par le SNJMG et rassemblant CNGE, SFGM, SFTG, ISNIH et ANEMF (l'ISNAR invité, s'étant excusé), le Pr Roland (président de la conférence des doyens) a rassemblé le 30.09.99 toutes les organisations de Médecine Générale pour dégager les éléments d'un consensus en vue d'une réforme des études médicales. Nous publions ci-dessous le courrier préparatoire à cette réunion donnant l'analyse du SNJMG.

Le principal problème des études médicales se résume au concours de spécialité car :

Il détruit le DCEM

- En valorisant les connaissances hyper spécialisées sur les connaissances fondamentales (imposant ainsi un enseignement par spéciali-

tés cloisonnées excluant quasiment la médecine générale)

- En récompensant le bachotage (favorisant ainsi des enseignements privés au détriment de l'enseignement des facultés)
- En ôtant tout intérêt à la pratique clinique (suscitant ainsi l'absentéisme dans les stages hospitaliers)

Il fausse le TCEM

- En s'érigeant en seule voie d'accès à une " formation de qualité " (niant tout intérêt à d'autres formations)
- En faisant de la médecine générale un choix par défaut (empêchant ainsi la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité clinique et universitaire)

Il pervertit l'objectif de la FMI

- En axant la formation des médecins sur la connaissance des pathologies au dépens de l'abord du malade.
- En étant la source de tous les déséquilibres démographiques (sur représentation de l'ensemble des spécia-

listes, déséquilibres entre spécialités, répartition géographique hétérogène)

Depuis le 04.10.99, le SNJMG vous offre un nouveau service avec l'ouverture du site Internet du syndicat!

Ce site vous propose 4 types de services :

- Présentation du syndicat (statuts et organisation) et de son équipe dirigeante (trombinoscope et coordonnées)
- Histoire du syndicat : création, rapports d'activité annuels (dont bilans financiers visés par expert comptable) et dossiers politiques et syndicaux traités.
- Avenir du syndicat : dates à retenir, projets à découvrir
- Actualités professionnelles et services

Nous espérons que ce site Internet (qui vient se substituer aux serveurs minitels que nous avons fermé le 30.11.99) répondra à vos attentes et saura vous surprendre agréablement.

De toutes façons, nous restons à l'écoute de vos remarques et/ou critiques.



C'est pourquoi le SNJMG demande :

- La suppression du concours de spécialités
- La mise en place d'un examen classant à l'entrée du TCEM de médecine praticienne (spécialistes et MG) prenant en compte un contrôle contenu du DCEM (théorique et pratique) et assurant
 - Une répartition généralistes/spécialistes de 70% / 30%
 - Une régulation fine des flux de spécialités en fonction des besoins de santé publique
- La création d'une maquette de DES de médecine générale
- La suppression de la différence sémantique entre internes et résidents
- La création d'un diplôme

de fin de DCEM permettant :

- Des équivalences avec des formations étrangères
- L'accès à des TCEM de médecine non praticienne (droit médical, économie de la santé,...)
- La validation du DCEM prenant en compte un contrôle continu à partir d'un enseignement de type transversal et progressif (avec CSCT revalorisé, modules intégrés et enseignements dirigés) reposant sur un programme essentiellement national fruit d'une réflexion consensuelle (ne retenant que des thèmes jugés incontournables pour la formation par des experts de médecine générale et de spécialités et des étudiants en fin de cursus)
- La reconnaissance du statut d'étudiants hospitaliers pour tous les DCEM

Concernant les risques que pourraient faire courir la levée de l'anonymat consé-

cutive à la prise en compte du contrôle continu (théorique et pratique) pour la validation du DCEM et l'entrée en TCEM de médecine praticienne, le SNJMG demande :

- L'introduction progressive de la prise en compte du contrôle continu : prise en compte limitée à 30% pendant les premières années puis évaluation contradictoire avant de poursuivre (ou non) la progression
- La généralisation des évaluations croisées : examens des étudiants d'une faculté corrigés par les professeurs d'une autre faculté
- La collégialité des évaluations des pratiques cliniques (en demandant l'avis des chefs de services, des chefs de cliniques, des internes, des surveillantes)
- La non prise en compte dans le contrôle continu, de la meilleure et de la pire note de stage.

“Trois concours pour les études médicales” (1)

Les meilleures études sont celles qui préparent le mieux les étudiants à leur futur exercice professionnel. Ce postulat difficilement mis en pratique par les facultés de médecine a inspiré un nouvel élu au Bureau National. Alexandre RAFALOVITCH. Voici le fruit de sa réflexion.

Claude Allègre propose une réforme des deux premiers cycles: un DEUG santé, puis un concours d'entrée en licence commune médecine, dentaire, pharmacie. Enfin au bout de 6 ans d'études le concours d'intenat. Je pense qu'il faut s'opposer à ce projet qui retarderait de deux ans l'entrée dans la filière médecine et condamnerait encore un peu plus les étudiants en médecine à occuper leur temps à un bachotage peu intéressant (3 concours successifs). Je déclare que la connaissance, n'est pas la seule qualité à promouvoir pour un étudiant (en médecine en l'occurrence). d'une façon plus générale, l'intelligence et la mémoire ne sont pas les seules qualités requises pour bien exercer la médecine. D'autres qualités humaines sont

nécessaires qui ne se développent pas lors du bachotage. La formation du médecin doit inclure et favoriser des temps calmes pour la réflexion, la critique, la flânerie, la recherche désordonnée. Les aller et retour doivent être favorisés entre l'expérience pratique (au lit du malade) et la connaissance théorique. Le médecin en formation est aussi un individu qui passe de l'adolescence à l'âge adulte. L'un des aspects de la formation du médecin est si intriqué avec l'histoire personnelle de l'individu qu'il est impossible de l'évaluer par un examen ou un concours. Cet aspect de la formation se développe au cours des stages à l'hôpital ou chez le praticien. C'est l'expérience de la confrontation à la maladie, à la douleur (j'aimerais pou-

voir dire "à la souffrance", notion philosophique plus que médicale.). Face à certaines situations nous ne savons pas guérir. Cette découverte nous laisse un temps désespéré, mal à l'aise et il faut à l'individu un temps de réparation. Le jeune médecin doit faire le deuil de la toute puissance. C'est difficile et long. Le rythme des révisions ne doit pas l'empêcher. L'étudiant en médecine gagnerait à explorer à sa guise les connaissances frontalières à sa discipline. Par exemple les domaines communs avec les sciences humaines (sociologie, ethnologie, philosophie) avec les sciences (biologie générale et écologie notamment), avec la culture administrative (politique de santé, santé publique, politique de

l'environnement). Cette recherche personnelle doit pouvoir être valorisée tout au long des études. Alors qu'elle ne l'est actuellement qu'à la fin avec la thèse et le mémoire de spécialité. La difficulté à contrôler les connaissances par des examens impartiaux ne doit pas servir de prétexte à une dérive vers un apprentissage mnémotechnique de la médecine. En pratique médicale, dans certaines situations difficiles ou inattendues, la connaissance est en échec. La qualité du raisonnement est alors déterminante ainsi que des qualités de culture générale et de bon sens pratique.

Alexandre Rafalovitch

1- titre emprunté au journal Le Monde

RÉSIDANAT

Un nouveau statut de l'interne et du résident

En juin 98, résidents, internes de spécialités et de pharmacie s'étaient engagés dans une grève unitaire pour obtenir, entre autres, une revalorisation de leur statut et de la rémunération des gardes. Après la satisfaction des revendications sur les gardes en juillet 98 et avril 99, un décret publié dans le JO en date du 11.11.99 consacre l'amélioration du statut de l'interne et du résident.

Dans le mouvement de grève de juin 98, le SNJMG assurait la représentation nationale

des résidents. A ce titre, le SNJMG avait signé, le 26.06.98, au côté des autres organisations impliquées, un protocole d'accord, avec le gouvernement. Si la revalorisation de la rémunération des gardes avait été obtenue au 01.07.98, il avait fallu un nouveau mouvement de grève en avril 99 (réunissant une nouvelle fois FNSIP, ISNIH et SNJMG) pour que soit publié l'arrêté donnant l'assurance du paiement de toute garde. Restait donc le décret organisant un nouveau statut de l'interne et du résident... Après avoir été rediscuté

par les différentes parties impliquées (dont le SNJMG pour les résidents) en juin 99, ce décret a été enfin publié au Journal Officiel le 11.11.99. Ce texte comporte donc toutes les avancées pour lesquelles le SNJMG s'est battu. A titre d'exemple, nous citerons :
- 2 demi-journées par semaine pour la seule formation universitaire
- amélioration de la prise en charge en cas de maladie professionnelle et d'accident du travail
- reconnaissance du droit syndical pour l'interne/résident avec autorisations spéciales d'absence pour les représentants élus
- procédure écrite contra-

dictoire obligatoire avant toute sanction disciplinaire
- suppression de la nécessité d'acquitter les tâches confiées "en toutes circonstances"
- suppression du caractère descriptif du certificat d'aptitude pour exercer les fonctions d'interne/résident
- réintégration automatique de l'interne/résident à l'issue d'une disponibilité

Ce décret est plus largement explicité dans l'édition 2000 du guide du résident...
Encore une nouvelle action accomplie par le SNJMG au bénéfice des résidents!

Pierre Martin