



Comité National d'Évaluation
des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel

Bulletin N° 25 - novembre 1998
43 rue de la Procession - 75015 PARIS
Publications : (33) 01-55-55-63-84 - Télécopie : (33) 01-55-55-63-94

Le 3ème cycle de médecine générale dans les universités françaises

Le fait que le Comité ait choisi d'évaluer le 3ème cycle de médecine générale traduit une préoccupation de plus en plus grande des responsables de l'enseignement supérieur, en France comme en Europe, tout particulièrement pour les formations à forte implication professionnelle.

Il est bon de rappeler que tous les indicateurs de santé publique (couverture des soins, taux de mortalité, espérance de vie, etc.) montrent que la France tient une place très honorable dans le domaine de la médecine générale.

Cette évaluation a pour objectif de contribuer à l'amélioration de la formation universitaire des étudiants en médecine générale. Elle ne conduit en aucun cas à juger la qualité de la médecine générale telle qu'elle est exercée en France.

Cette évaluation ne conduit pas non plus à juger de la qualité du médecin généraliste diplômé. En effet, elle porte sur le seul 3ème cycle, et non sur la globalité d'une formation qui s'adresse à des étudiants très fortement sélectionnés à l'entrée et qui effectuent, au minimum, huit années et demie d'études supérieures.

Les finalités de l'évaluation ont été ainsi définies dans le guide pour l'évaluation interne :

"L'évaluation conduite par le CNE doit répondre à plusieurs objectifs : actualiser les informations disponibles ; proposer un état des lieux aussi complet que possible (UFR par UFR) de la formation dispensée aux résidents de médecine générale et des structures en charge de cette formation ; replacer cette formation dans un contexte plus large, depuis l'initiation à la médecine générale offerte avant le 3ème cycle jusqu'à la formation complémentaire et continue ; situer le cursus français dans une perspective internationale, et notamment européenne.

En encourageant, au sein des universités, une démarche d'évaluation interne, en établissant un bilan national de la formation dispensée aux futurs médecins généralistes et en formulant des recommandations, le Comité national d'évaluation entend proposer aux responsables universitaires et politiques des éléments d'aide à la décision."

L'évaluation comporte des cotations par site (c'est-à-dire par UFR ou regroupement d'UFR), établies en suivant une grille de critères regroupés en cinq rubriques (cf. p. 7).

Ces cotations ont un double intérêt : d'abord expliciter, pour les responsables universitaires, l'ampleur de l'effort à entreprendre pour améliorer la situation ; ensuite, permettre d'apprécier la qualité, pour chacune des rubriques, à l'échelon national, par le récapitulatif des cotations et l'observation de leur distribution.

Il serait illégitime d'utiliser ces cotations pour un autre usage, notamment avec une perspective de "classement" des facultés, car il serait absurde de faire la sommation des différentes rubriques. Par ailleurs, il faut rappeler que le jugement du Comité est porté à un moment donné. Or la situation à l'intérieur de nombreuses facultés est très évolutive, notamment du fait de l'introduction récente d'un 5ème semestre au sein de ce 3ème cycle de médecine générale.

LA RESPONSABILITÉ DE L'UNIVERSITÉ DANS LA FORMATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

L'évaluation du 3ème cycle de médecine générale a mis en évidence l'effort important réalisé, depuis près de quinze ans, dans la majorité des UFR, pour assurer la formation des futurs médecins généralistes. Cet effort, il est vrai, repose davantage sur les généralistes, enseignants et maîtres de stage, que sur les universitaires. Mais les progrès les plus importants ont été effectués dans les sites où s'est mise en place une réelle collaboration, grâce à la conjonction de plusieurs volontés : la détermination du doyen et d'un petit groupe de ses collègues, l'appui du président de l'université, l'engagement de praticiens particulièrement motivés.

Pourtant, quatorze ans après la mise en application de la réforme du 3ème cycle de médecine générale, il persiste de grandes disparités d'un site à l'autre. Ces disparités doivent être corrigées, car il ne serait pas tolérable que l'Université, au travers des UFR médicales, ne s'investisse pas partout dans la formation des généralistes qui représentent plus de la moitié des étudiants en médecine.

La formation initiale à la médecine générale est placée en France sous la responsabilité des universités. Il est donc du devoir de chaque président et de chaque doyen de montrer la volonté politique d'assurer la meilleure formation possible des étudiants qui se destinent à la médecine générale, et d'obtenir dans ce but la coopération active de tous les universitaires.

LA DÉFINITION DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Pour évaluer la formation des médecins généralistes dans les universités françaises, le CNE s'est heurté à des difficultés de caractère épistémologique : la médecine générale, et plus largement les différentes spécialités médicales, n'ont pas fait l'objet, jusqu'à présent, d'un effort de définition suffisant. Par commodité et par conformisme, les spécialités se sont définies en faisant référence à un territoire facilement identifiable (les maladies du coeur, les maladies de l'appareil digestif, les maladies du poumon, etc.) ; dans ce cadre, elles se sont développées selon une logique axée sur le médecin et sur le contenu disciplinaire. Il paraît de plus en plus clair que les disciplines médicales vont devoir se recentrer sur le malade et sur les problèmes de santé que posent les malades.

Les problèmes de santé qu'ont à résoudre les médecins généralistes ne sont pas les mêmes que ceux rencontrés par les médecins spécialistes, hospitaliers ou libéraux, parce qu'ils se posent à la fois dans un contexte différent (la communauté) et surtout à un niveau de soins différents (les soins primaires). De ce fait, les compétences qui sont nécessaires au médecin généraliste ne sont pas celles des médecins spécialistes, en "plus

sommaire" ; ce sont, à part entière, des compétences différentes. Cette perspective permet de dépasser la dialectique réductrice qui consiste à se demander si la médecine générale n'est qu'une spécialité d'exercice ou si elle est une discipline autonome.

Pour offrir des soins de qualité comme pour assurer une bonne économie de la santé, il est besoin d'une vision globale et cohérente du système de soins qui, pour l'heure, fait cruellement défaut. C'est dans ce cadre, et en tenant compte de la situation dans les autres pays européens, qu'il importe de conduire la réflexion sur ce que pourrait être le mandat du médecin généraliste. Les choix démographiques - concernant le nombre de médecins généralistes et de médecins spécialistes à former dans les années à venir - dépendent des options qui seront retenues.

Pour bien former les médecins généralistes, il est nécessaire que les pouvoirs publics, tant ceux de l'Éducation nationale que ceux de la Santé, définissent au préalable les missions de ces médecins, par exemple en ce qui concerne les urgences, le premier recours, la synthèse, la prise en charge globale, la prévention, la promotion de la santé, de même que leur place dans la médecine de l'enfant.

A partir de là, il importe que les instances universitaires et professionnelles définissent un profil des compétences attendues du médecin généraliste, qui puisse servir de référence aux formations mises en place par les facultés.

LA PLACE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES ÉTUDES MÉDICALES

La formation à la médecine générale ne se réduit pas au 3ème cycle, qui n'en assure que la partie spécifique : elle s'inscrit dans le prolongement du tronc commun des études médicales de 1er et 2ème cycles.

Or actuellement, le découpage des programmes autour des spécialités conduit trop souvent à un enseignement émietté de la médecine. L'objectif en 2ème cycle ne devrait pas être d'enseigner la cardiologie, la rhumatologie, la gastro-entérologie, etc. - ni dorénavant la médecine générale -, mais plutôt de réfléchir, dans une démarche concertée, à la contribution respective que le cardiologue, le rhumatologue, le gastro-entérologue - et désormais le médecin généraliste - peuvent apporter à la formation de base de tous les étudiants en médecine. Les hospitalo-universitaires internistes devraient retrouver, à ce niveau, une place essentielle, puisque leur démarche est précisément celle de la prise en charge globale du patient.

Le mode d'accès en 3ème cycle, sur concours pour les spécialités, non sélectif pour la médecine générale, contribue à déséquilibrer l'orientation des étudiants au profit des spécialités. Une réforme est donc indispensa-

ble, qui implique la remise en cause de l'internat sous son mode actuel. Dans le même temps, pour revaloriser l'exercice de la médecine générale, il est évidemment indispensable d'envisager la réévaluation de l'acte médical par rapport aux actes technologiques.

Il faut considérer la formation à la médecine générale sur l'ensemble des trois cycles, en revoyant notamment les objectifs et les contenus de l'enseignement dans le 2ème cycle (actuellement découpé en spécialités), ainsi que le mode d'accès au 3ème cycle, qui privilégient quasi exclusivement la filière de spécialité.

LES STRUCTURES ET LES MOYENS

Il est essentiel que la structure en charge du 3ème cycle de médecine générale ait des statuts définissant sa composition (qui doit être véritablement paritaire et permettre la participation effective des étudiants), le rôle de ses membres (et en premier lieu de son directeur), leur mode de désignation (qui doit résulter d'un vote des différents collèges et non se faire simplement par cooptation ou par choix du doyen). Il est bon également qu'elle ait vocation à coordonner l'ensemble des actions pédagogiques liées à la médecine générale en 1er et 2ème cycles : en ce sens, les départements, qui ont généralement compétence sur les trois cycles et souvent des missions étendues à la recherche et à la formation continue, apparaissent mieux à même que les commissions de promouvoir la formation à la médecine générale dans un contexte élargi.

D'un site à l'autre, les moyens alloués sont très variables, sans que les différences d'effectifs étudiants suffisent à justifier les écarts. Certaines structures fonctionnent encore dans des conditions inacceptables, sans moyens informatiques, voire sans télécopie ni téléphone, cantonnées dans quelques mètres carrés "polyvalents" ; des dotations très faibles en heures complémentaires impliquent que les généralistes enseignants doivent travailler, en partie ou même en totalité, de façon bénévole. Il est nécessaire qu'un budget soit établi afin que le département de médecine générale puisse disposer d'un financement régulier et que ses coûts soient clairement identifiés : c'est le devoir des facultés de médecine.

Il importe de mettre en place, dans chaque UFR (ou pour chaque regroupement d'UFR), un département de médecine générale ayant compétence sur les trois cycles, et de lui donner une bonne identification, par le moyen de ses statuts et par l'attribution de locaux universitaires spécifiques, d'un personnel administratif dédié, d'un budget répondant réellement à ses besoins et qui soit alimenté par une subvention universitaire et par le reversement partiel des droits d'inscription des résidents.

Dans le cadre des contrats quadriennaux, il importe que le Ministère tienne compte, pour l'attribution des

moyens, de la politique mise en oeuvre par les facultés pour la formation à la médecine générale.

LES ENSEIGNANTS

En raison de la spécificité des problèmes de santé à traiter en médecine générale, il est absolument nécessaire que des médecins généralistes, formés à cette mission, apportent leur contribution à la formation initiale des médecins, notamment mais non exclusivement en 3ème cycle, et que, dans le cadre du résidanat, universitaires et praticiens travaillent en étroite collaboration.

Les hospitalo-universitaires ont l'obligation de s'investir dans la formation des futurs généralistes comme dans celle des futurs spécialistes. Ils ne doivent en aucun cas déléguer la formation initiale des médecins généralistes aux seuls praticiens. A l'expérience, la formule des binômes (un hospitalo-universitaire ou un praticien hospitalier intervenant avec un médecin généraliste) ne donne pas toujours satisfaction. Mais il est essentiel que des universitaires, au minimum, participent à la conception des programmes et à la préparation des enseignements.

Pour le recrutement des généralistes enseignants, comme d'ailleurs pour celui des maîtres de stage, les universités s'en tiennent le plus souvent aux mêmes critères : volontariat, implication dans la formation médicale continue, formation à l'École de Riom. Il faudrait conduire une réflexion plus approfondie sur les pré-requis et, à partir des initiatives prises dans certaines facultés (comme la création de diplômes universitaires de pédagogie), développer la formation des généralistes enseignants auxquels il importe de donner clairement un statut universitaire, associé ou contractuel.

Il importe que les hospitalo-universitaires prennent conscience de leur responsabilité dans la formation à la médecine générale, en tout premier lieu les internistes et les enseignants de santé publique, et que les universités procèdent régulièrement, en interne, à l'évaluation des activités pédagogiques des enseignants-chercheurs.

Il appartient au CNU de définir les critères de recrutement des professeurs et maîtres de conférences associés de médecine générale, en assurant ainsi l'exigence universitaire, et de tenir compte, pour les nominations et les promotions des PU-PH, de leur investissement dans le 3ème cycle de médecine générale.

Il est nécessaire qu'il y ait un professeur ou un maître de conférences associé de médecine générale dans tous les sites universitaires, et il est souhaitable de passer dès que possible à deux enseignants associés par site, notamment pour assurer la relève, à la condition qu'ils travaillent en collaboration étroite avec les hospitalo-universitaires.

LA FORMATION DANS SA GLOBALITÉ

L'introduction récente du stage de six mois en structure de soins primaires - et par conséquent l'ajout d'un semestre - à été l'occasion, dans de nombreux sites, d'entamer une nouvelle réflexion sur la formation dans son ensemble (enseignement théorique, stages hospitaliers et extra-hospitaliers, préparation de la thèse), et d'associer à cette réflexion tous les partenaires concernés, y compris les étudiants. Ce travail va de pair, dans certaines facultés, avec celui qui est conduit sur les objectifs et les contenus du 2ème cycle. Ainsi se précise peu à peu une conception de la formation de 3ème cycle centrée sur les compétences professionnelles.

Dans cette perspective, il est urgent d'apporter des réponses aux questions suivantes :

- quels problèmes de santé demande-t-on respectivement aux généralistes et aux spécialistes de savoir résoudre ? dans quels contextes ? avec qui ? avec quels moyens ?
- quelles compétences faut-il développer chez les futurs médecins pour qu'ils soient aptes à résoudre ces problèmes de santé ?
- quelles compétences indifférenciées faut-il viser pour tous les étudiants en fin de 2ème cycle avant qu'ils n'abordent la construction de compétences professionnelles différenciées en 3ème cycle ?
- quel est, à chaque étape, le "noyau dur" des connaissances contributives à la construction de ces compétences ?
- quelles conditions d'enseignement et d'apprentissage faut-il mettre en place, à chaque étape, pour favoriser l'acquisition de connaissances au service de la construction d'authentiques compétences, c'est-à-dire de savoirs transférables en dehors de l'institution universitaire ? Comment faut-il notamment concevoir l'articulation des formations dispensées respectivement pendant les stages et pendant les séances d'enseignement ?

Il faut repenser la formation du 3ème cycle de médecine générale en l'envisageant dans sa globalité et en la centrant sur l'acquisition de compétences professionnelles.

L'intégration optimale des divers éléments qui constituent la formation de 3ème cycle à la médecine générale est loin d'être acquise. C'est pourquoi l'évaluation a tenu compte du découpage actuel en formation théorique, formation pratique hospitalière et formation pratique extra-hospitalière.

LA FORMATION THÉORIQUE

Les horaires des enseignements ne tiennent qu'insuffisamment compte des disponibilités des étudiants, pris par leurs obligations hospitalières, ou des enseignants

généralistes, pris par leurs obligations professionnelles. C'est vrai à Paris où il n'y a pas de sectorisation par UFR des sites d'affectation hospitalière, mais quelquefois aussi en province, notamment dans les régions étendues à plusieurs départements avec différents hôpitaux régionaux.

Aujourd'hui, il existe un décalage parfois profond entre l'importance de l'investissement pédagogique des enseignants (qui est surtout le fait des généralistes enseignants) et la satisfaction des étudiants, appréciée soit par l'enquête réalisée auprès des résidents sortants, soit au cours des entretiens d'expertise, sur le terrain. Cette constatation conduit à recommander une évaluation régulière des enseignements théoriques par la faculté, en y associant les étudiants.

Il faut revoir le programme de la formation théorique, en l'adaptant aux compétences professionnelles que l'on veut voir acquérir par les étudiants, et améliorer l'organisation des enseignements (volume, horaires, lieux, évaluation par les étudiants).

Alors que tout enseignement universitaire repose en principe sur des écrits, des références bibliographiques et des publications, on constate que rares sont les sites dotés d'une documentation spécifique à la médecine générale. Il conviendrait que les départements de médecine générale, en liaison avec les bibliothèques universitaires, développent ces sources d'information, qui peuvent aussi permettre, avec l'appui des nouvelles technologies, de conforter la formation des formateurs.

Il faut constituer, dans chaque université, un fonds documentaire spécifique en médecine générale.

LA FORMATION PRATIQUE HOSPITALIÈRE

L'attribution de responsabilités diagnostiques et thérapeutiques aux résidents, de fait internes de médecine générale, dans le cadre des services hospitaliers, représente sans nul doute un élément majeur de la réforme de 1984.

Toutes les ambiguïtés n'ont cependant pas été levées, entre les attentes des chefs de service hospitalier, avant tout préoccupés par une bonne exécution des soins, et celles des étudiants, désireux que ces stages les préparent au mieux à leur future profession. Deux facteurs ont accentué ces ambiguïtés : initialement, le nombre considérable des résidents a conduit à multiplier les terrains de stage, sans trop se soucier de leur caractère formateur ; aujourd'hui au contraire, la diminution des internes de spécialité conduit à des affectations de résidents dans des services trop spécialisés, surtout en CHU.

Tout repose donc sur une bonne entente, c'est-à-dire un dialogue permanent entre la DRASS, la direction du CHU et celles des CHG, et l'UFR, représentée par le doyen et les responsables du département de médecine générale (il est important que ces derniers participent effectivement aux commissions d'agrément et d'adéquation, ainsi qu'au choix des étudiants).

De ce point de vue, la situation est globalement satisfaisante en province (avec, en particulier, la recherche d'une adéquation stricte), mais elle est inacceptable en Ile-de-France où persiste une absence de relations entre la DRASS et l'Assistance publique d'une part, les UFR et les structures en charge du 3ème cycle de médecine générale d'autre part. En dehors du fait que les responsables universitaires ne semblent pas avoir bien conscience que cette question relève de leur compétence, les difficultés sont liées au nombre des facultés parisiennes et à l'absence de sectorisation conventionnelle entre chacune d'elles et des établissements hospitaliers. Les solutions, qui ne sont pas faciles, passent de toute évidence par des décisions politiques imposées aux UFR (dont le nombre doit être réduit), mais aussi à l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (avec la reventilation d'un certain nombre de postes de résidents sur les Centres hospitaliers généraux d'Ile-de-France).

Il est indispensable de redresser la situation parisienne en matière d'agrément des services hospitaliers et d'affectation des résidents, en procédant à un regroupement des UFR et à une sectorisation des établissements hospitaliers qui accueillent des résidents en stage.

Malgré les efforts qui ont pu être réalisés dans la procédure d'agrément des services (par exemple, en recueillant l'avis des stagiaires et des chefs de service, en définissant des objectifs de formation, en écartant des services trop spécialisés, en évitant l'isolement des stagiaires), il reste beaucoup à faire pour s'assurer que les stages hospitaliers contribuent au mieux à la formation des futurs généralistes. Les efforts déjà réalisés dans certains sites pour définir une maquette de cursus vont dans ce sens : on s'assure ainsi que tous les étudiants passent par certains services (notamment médecine interne, pédiatrie, urgences) et qu'ils ne peuvent rester deux semestres dans un même service.

Une accréditation des services hospitaliers (sur des critères qui restent à définir), comme cela est de plus en plus pratiqué en Europe, serait certainement très utile, parce que plus exigeante que l'actuelle procédure d'agrément. Donnée pour cinq ans, elle permettrait aux hôpitaux de faire une programmation de leurs moyens. Dans le cadre du résidanat, où il importe que les étudiants rencontrent des situations pathologiques très diverses, il serait bon d'envisager la fédération de services hospitaliers, ou l'accréditation d'un programme de formation assuré conjointement par plusieurs services, ce qui permettrait, mieux encore que des maquettes de cursus (qui risquent d'être trop rigides ou trop générales), d'offrir aux étudiants un ensemble de stages réellement complémentaires et d'envisager une variation de la durée des stages (par exemple, en substituant deux stages de trois mois à un stage semestriel).

Les besoins de formation des résidents et des internes ne sont pas les mêmes. Pour prendre un exemple, un résident qui fait un stage dans un service de

gynécologie-obstétrique devra apprendre, non pas à réaliser des accouchements difficiles ou à surveiller des grossesses pathologiques, mais à faire face à des situations courantes en gynécologie (contraception, infections, dépistage des cancers, etc.) et à dépister des grossesses à haut risque. Il faudrait donc non seulement que tous les résidents puissent bénéficier d'un temps de stage dans un service de gynécologie-obstétrique (ce qui est loin d'être le cas), mais encore que, dans ce cadre, une formation spécifique leur soit assurée par les responsables du service. Pareille démarche devrait induire une meilleure articulation avec la formation théorique. Il n'en reste pas moins que, dans certains services, notamment en CHU, une hiérarchie abusive est maintenue entre internes et résidents.

Il faut évoluer vers une procédure d'accréditation des services hospitaliers sur la base d'un contrat clair entre les services que doit le résident à l'hôpital et un programme de formation à la médecine générale que doit l'hôpital à l'étudiant.

LA FORMATION PRATIQUE EXTRA-HOSPITALIÈRE

L'introduction de six mois de stage en structures de soins primaires représente un élément majeur dans la formation des médecins généralistes, qui sont ainsi placés dans le contexte professionnel où ils sont appelés à exercer par la suite.

Mais pour qu'il y ait véritablement apprentissage professionnel, il ne suffit pas que les résidents accumulent des expériences, en observant puis en participant aux soins. Il importe d'établir une dynamique entre les cours théoriques et les stages pratiques, de telle sorte que les étudiants puissent, en partant des problèmes de santé rencontrés pendant les stages, chercher à les résoudre dans le cadre de la formation théorique, pour ensuite appliquer les connaissances qu'ils ont acquises à la résolution de nouveaux problèmes rencontrés en stage.

La nécessité de recruter des maîtres de stage pour encadrer le 5ème semestre de formation conduit à un renouvellement important du vivier de médecins généralistes. On peut espérer qu'à terme, le statut de maître de stage soit institutionnellement, professionnellement et socialement valorisé. Actuellement, l'importance de l'investissement personnel nécessaire et la faiblesse de la contrepartie financière allouée, ou même tout simplement de la reconnaissance de la fonction (puisque la maîtrise de stage ne donne que l'équivalence de cinq heures de formation médicale continue), constituent indiscutablement un contexte peu motivant.

Les stages hors cabinet se mettent en place plus lentement. L'offre est encore assez peu diversifiée. Ces stages devraient être l'occasion de préparer les futurs

généralistes à un travail en réseau avec les autres acteurs du système de soins.

Il faut mettre en oeuvre une complémentarité entre la formation par les stages et la formation théorique et, pour ce faire, organiser une formation des maîtres de stage cohérente avec le plan de formation théorique adopté par le département de médecine générale - ce qui implique que la formation des maîtres de stage et des généralistes enseignants ne soit pas surtout confiée à des structures externes à la faculté.

LA VALIDATION

La qualification en médecine générale est délivrée aux étudiants qui ont validé l'ensemble du 3ème cycle et soutenu leur thèse.

Actuellement, la validation est cloisonnée en éléments distincts : elle sanctionne les enseignements théoriques, chacun des quatre stages hospitaliers et le stage chez le praticien.

Dans les cas nombreux où il n'a pas été formulé d'objectifs précis à ces différentes parties de la formation, la validation est laissée à l'appréciation de chaque responsable (c'est notamment le cas pour les chefs des services hospitaliers) et elle reste souvent fondée essentiellement sur l'assiduité, ce qui est tout à fait insatisfaisant, surtout en ce qui concerne la formation théorique. En outre, la thèse offre rarement l'occasion d'articuler la formation théorique et la formation pratique.

Pour pallier ces défauts et dans le souci de s'assurer que les étudiants, au terme de huit années et demie d'études (au cours desquelles ils ont passé un très grand nombre d'examens et concours, mais quasi exclusivement sous la forme d'épreuves écrites), ont acquis les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale, plusieurs facultés cherchent à mettre en place une certification finale.

Il faut mettre en oeuvre des modalités de validation qui permettront de s'assurer que les étudiants ont acquis les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale, et de les aider par là-même à s'auto-évaluer. Il importe de poursuivre la réflexion sur la mise en place d'une certification finale.

LE 3ÈME CYCLE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS SON CONTEXTE

La sensibilisation à la médecine générale en 1er et 2ème cycles a déjà fait l'objet d'expériences nombreuses : information sur la médecine générale (parfois plus largement sur la médecine libérale) dans le cadre du module des sciences humaines et sociales en 1ère année, modules optionnels de médecine générale au cours du 2ème cycle, stages chez le praticien en cours ou en fin de 2ème cycle, intervention de généralistes enseignants auprès d'étudiants de 2ème cycle dans le cadre de services hospitaliers où travaillent ces étudiants. La réglementation prévoit désormais des séminaires obligatoires de médecine générale mais, en 1997-1998, ces séminaires n'avaient débuté que dans la moitié des UFR environ.

Plus largement, il apparaît essentiel, dans le cadre du tronc commun des études médicales (1er et 2ème cycles), de bien informer les étudiants sur les différents modes d'exercice de la médecine, et d'aider à leur orientation progressive vers telle ou telle filière.

Il convient d'assurer l'information et l'orientation des étudiants, à la médecine générale comme à la médecine spécialisée, à la médecine libérale comme à la médecine hospitalière, tout au long des études médicales, avec une coopération étroite entre hospitalo-universitaires et médecins généralistes.

Les relations avec les autres structures de l'UFR ou de l'université sont généralement très pauvres. Pourtant la "dimension médecine générale", avec ce qu'elle implique sur le plan somatique, psychologique et social, devrait conduire à des collaborations naturelles et étroites avec la santé publique ou avec les sciences sociales et humaines.

Il convient de former les futurs médecins généralistes aux sciences sociales et humaines, avec le concours des différents enseignants de l'université, et de les initier à la recherche clinique et épidémiologique, par une formation méthodologique et la participation à des travaux de recherche, notamment à l'occasion de leur thèse.

Il importe également de développer la formation à la recherche des généralistes enseignants et de les aider à la réalisation et à la publication de leurs travaux.

Effectifs nationaux de résidents

Effectifs de résidents	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
Inscrits en 1ère année	4 816	4 529	2 881	2 747	2 908	2 724
Inscrits en 2ème année	3 739	3 705	3 388	3 135	3 279	3 317
DOM-TOM (hors Antilles)	91	100	96	96	88	95
Total	8 646	8 334	6 365	5 978	6 275	6 136

Effectifs calculés à partir des chiffres fournis par les facultés aux fins de l'évaluation.

Les différents critères pris en compte par le CNE pour l'élaboration des cotations

1 - Structures et moyens

- . Nature et mission de la structure dont dépend le 3ème cycle de médecine générale
- . Sa composition (parité ? représentation des résidents ?)
- . Sa direction et son fonctionnement
- . Le budget et les heures complémentaires
- . Le support administratif et logistique : personnel, locaux, équipements
- . L'équipe pédagogique : un enseignant associé ? Implication des généralistes ? des hospitalo-universitaires ? des praticiens hospitaliers ?

2 - La formation théorique

- . Horaire par étudiant
- . Les modalités pratiques. Leur cohérence par rapport au projet pédagogique
- . Les enseignements : qui les fixe ? qui les prépare ? qui les dispense ?
- . Le programme. Les méthodes pédagogiques. La documentation
- . La validation
- . L'évaluation par les étudiants
- . Le recrutement et la formation des enseignants

3 - La formation pratique hospitalière

- . La procédure d'agrément. Sa préparation
- . L'adéquation. La collaboration avec la DRASS
- . L'encadrement pédagogique et la validation
- . La cohérence du cursus (maquette ; respect du stage unique en CHU)
- . Les conditions de travail des résidents (notamment par rapport aux internes)

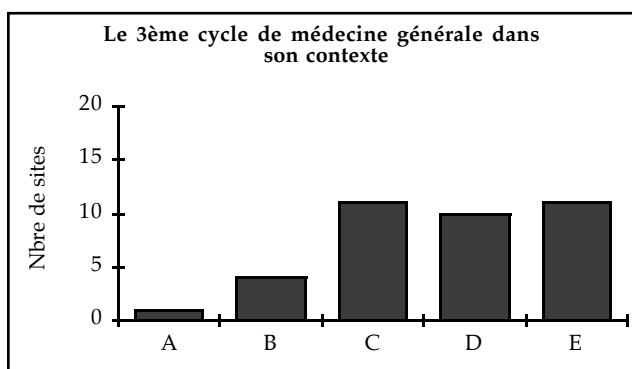
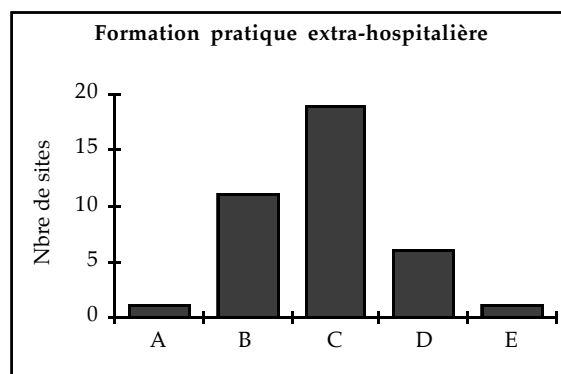
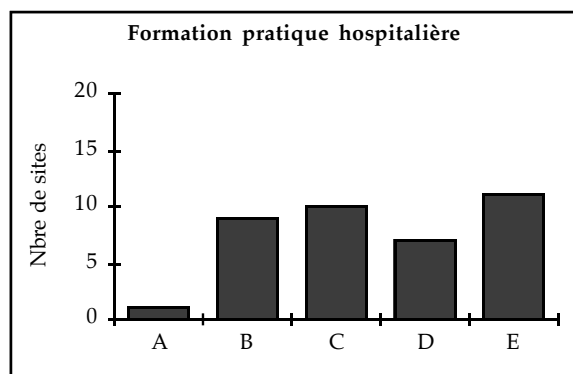
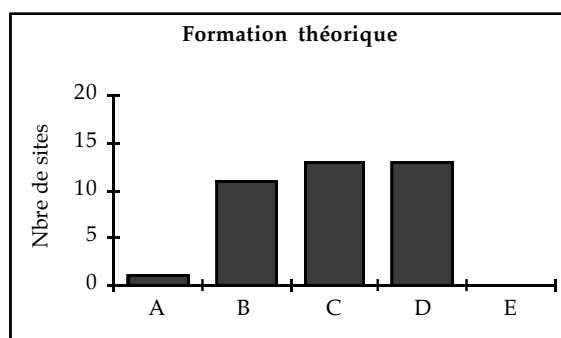
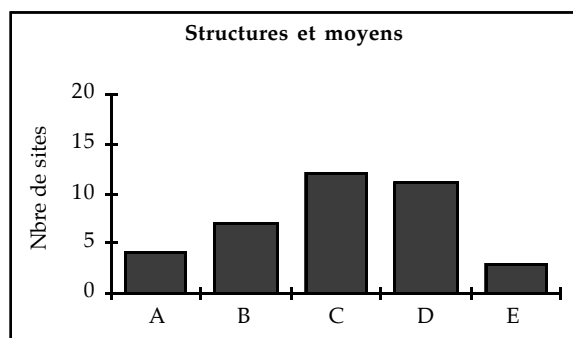
4 - La formation pratique extra-hospitalière

- . Les modalités du stage chez le praticien (quel semestre ? organisation en monôme, binôme, trinôme ? adéquation et choix)
- . La progression de la phase passive à la phase active
- . Le livret de stage. La validation
- . L'implication des résidents
- . Le recrutement et la formation des maîtres de stage
- . Les autres stages extra-hospitaliers

5 - Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte

- . La sensibilisation à la médecine générale en 1er et 2ème cycles
- . La thèse
- . L'articulation avec la recherche
- . L'articulation avec la formation continue

Evaluation du 3ème cycle de Médecine générale : récapitulatif des cotations attribuées à chacun des 38 sites (UFR ou départements)



Les cotations sont comparatives : A et B correspondent à une dominante de points forts, C à une position moyenne avec à peu près autant de points forts que de points faibles, D et E à une situation où dominent les points faibles.

L'effort à accomplir à l'échelon national est bien traduit par les histogrammes des cotations dans les cinq rubriques retenues pour l'évaluation du 3ème cycle de médecine générale au niveau de chaque site.

Pour les trois rubriques, "Structures et moyens", "Formation théorique", "Formation pratique extra-hospitalière", la distribution suit une allure à peu près symétrique autour d'une moyenne C. Elle traduit une diversité de résultats d'un site à l'autre qui doit permettre aux responsables de situer la formation dont ils ont la charge par rapport aux autres formations.

Pour les deux rubriques, "Formation pratique hospitalière" et "Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte", la distribution est asymétrique, déviée vers les cotations basses D et E. En ce qui concerne la formation pratique hospitalière, la raison essentielle est la situation anormale de l'Île-de-France. En ce qui concerne le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte, c'est un effort important qui est demandé à pratiquement toutes les facultés.

Le rapport "3ème cycle de médecine générale dans les universités françaises" est consultable sur le site <http://www-cne.mesr.fr>