

# **LE 3<sup>ème</sup> CYCLE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES UNIVERSITÉS FRANÇAISES**

*Rapport d'évaluation*

*Septembre 1998*



## Organisation de l'évaluation

L'évaluation du 3ème cycle de médecine générale dans les universités françaises, commencée en mai 1997, a été placée sous la responsabilité de Robert **Flamant**, membre du CNE, qui a présidé ce programme ; Georges **Cremer**, vice-président du CNE ; Michel **Fardeau**, membre du CNE ; Jacques **Beylot**, consultant du CNE.

Marie-Odile **Ottenwaelter**, chargé de mission, en a assuré la coordination.

Ont participé à l'évaluation :

- *en tant que membres du groupe de travail :*

Claudine **Blum-Boisgard**, médecin conseil à la CANAM ;  
Michel **Detilleux**, professeur à l'université Paris V ;  
Marie-France **Le Goaziou**, maître de conférences associé à l'université Lyon I.

- *en tant qu'experts :*

Paul-André **Befort**, professeur associé à l'université Strasbourg I ;  
Jean-Luc **Debru**, professeur à l'université Grenoble I ;  
Michel **Doumenc**, professeur associé à l'université Paris XI ;  
Jean-Yves **Grolleau**, professeur à l'université de Nantes ;  
Jean-François **Huez**, professeur associé à l'université d'Angers ;  
Jean **Jouquan**, professeur à l'université de Brest ;  
François **de Paillerets**, professeur à l'université Paris VII ;  
Jean-Pierre **Wainsten**, professeur associé à l'université Paris XII.

- *au titre du Secrétariat général :*

Rachida **Achache**, pour la gestion des missions ;  
Nisa **Balourd**, secrétaire ;  
Bruno **Curvale**, chargé d'études ;  
Jean-Christophe **Martin**, chargé d'études ;  
Eric **Passavant**, chargé d'études ;  
Marie-Noëlle **Soudit**, pour la mise en page ;  
André **Staropoli**, secrétaire général.

Le Comité remercie les experts qui lui ont apporté leur concours. Il rappelle que ce rapport relève de sa seule responsabilité.

## ***Avertissement***

*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.*

## Table des matières

<b>Les conditions de l'évaluation</b>	<b>7</b>
<b>Présentation générale</b>	<b>13</b>
L'organisation de la formation	15
Rappel historique	16
Données quantitatives	18
Les structures et les moyens	23
La formation théorique	24
La formation pratique hospitalière	25
La formation pratique extra-hospitalière	25
La validation du 3ème cycle	26
Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte	27
Le résidanat dans les DOM-TOM	28
Le contexte européen	28
L'enquête auprès des résidents	29
<b>Analyse par site</b>	<b>35</b>
Méthodologie	37
Guide pour les cotations	39
Aix-Marseille II	40
Amiens	44
Angers	48
Antilles-Guyane	52
Besançon	56
Bordeaux II	60
Brest	64
Caen	68
Clermont-Ferrand I	72
Dijon	76
Grenoble I	80
Lille II	84
Université catholique de Lille	88
Limoges	92
Lyon I	96
Montpellier I	100
Nancy I	104
Nantes	108
Nice	112
La formation pratique hospitalière en Ile-de-France	116
Paris V- Cochin Port-Royal	118
Paris V - Necker-Enfants Malades	122
Paris V - Paris-Ouest	126
Paris VI - Broussais Hôtel-Dieu	130
Paris VI - Pitié-Salpêtrière	134
Paris VI - Saint-Antoine	138

Paris VII - Lariboisière Saint-Louis	142
Paris VII - Xavier Bichat	146
Paris XI - Paris-Sud	150
Paris XII - Henri Mondor	154
Paris XIII - Léonard de Vinci	158
Poitiers	162
Reims	166
Rennes I	170
Rouen	174
Saint-Étienne	178
Strasbourg I	182
Toulouse III	186
Tours	190

<b>Conclusions et recommandations</b>	<b>195</b>
---------------------------------------	------------

## **Troisième cycle de Médecine générale**

---

### **LES CONDITIONS DE L'ÉVALUATION**

---





Le Comité National d'Évaluation a décidé en 1996 de procéder à l'évaluation du 3ème cycle de médecine générale dans les universités françaises. Avec l'évaluation de l'odontologie (publiée en novembre 1994) et celle de la pharmacie (en voie d'achèvement), l'évaluation du 3ème cycle de médecine générale est donc le troisième programme transversal portant sur les disciplines de santé.

A l'origine, le CNE avait proposé que cette évaluation soit conduite dans la suite du Projet Pilote Européen pour l'évaluation de la qualité dans l'enseignement supérieur. L'expérimentation n'a pas été réalisée à l'échelle européenne, mais le CNE a retenu ce projet pour plusieurs raisons : son importance nationale, puisque cette formation concerne environ la moitié des étudiants en médecine et qu'elle constitue un fort enjeu social ; sa portée internationale, puisqu'il y a maintenant libre circulation des médecins au sein de l'Union européenne et que plusieurs États membres ont déjà effectué une évaluation des études médicales ; son intérêt méthodologique enfin puisque, pour la première fois, le CNE a choisi de se focaliser sur un cursus et de porter des cotations sur dossier et sur expertise.

C'est en 1984 qu'a été introduite en France une formation spécifique à la médecine générale. En 1997, une nouvelle réforme importante est intervenue, avec l'introduction d'un stage de six mois auprès de praticiens généralistes et, par voie de conséquence, l'allongement du cursus à deux ans et demi. L'évaluation du Comité conduit donc à faire un bilan national (construit sur un état des lieux effectué site par site) qui devrait permettre de réfléchir à la mise en place de cursus homogènes ("compatibles") au niveau européen, sans procédure supranationale d'accréditation ni définition de standards.

La méthode de l'évaluation a été arrêtée à l'automne 1996, avec un déroulement en trois phases :

- préparation de l'évaluation (décembre 1996 - mai 1997)
- évaluation interne (juin 1997 - décembre 1997)
- évaluation externe (janvier 1998 - septembre 1998).

### **Première phase : préparation de l'évaluation**

Dès le démarrage des travaux, un premier contact a été pris avec le Président du Conseil de l'Ordre (Bernard Glorion) et le Président de la Conférence des doyens de Médecine (Bernard Guiraud-Chaumeil), afin de les informer du lancement de l'évaluation et d'envisager avec eux les principaux problèmes posés par la formation des médecins généralistes.

Pour préparer la méthodologie de l'évaluation, le CNE s'est appuyé sur un petit groupe de travail, qui s'est réuni cinq fois entre janvier et mai, et qui comprend :

- les membres du Comité responsables de l'évaluation (Robert Flamant et Georges Cremer, ainsi que Michel Fardeau, nommé en novembre 1997) ;
- le consultant du Comité, Jacques Beylot, ancien Président de l'université Bordeaux II ;
- le secrétaire national des responsables de 3ème cycle de médecine générale (Michel Detilleux) ;
- un enseignant associé de médecine générale (Marie-France Le Goaziou) ;
- un spécialiste de santé publique, alors membre de l'ANDEM (Claudine Blum-Boisgard) ;
- le rapporteur (Marie-Odile Ottenwaelter).

Il a tenu une série d'auditions, qui se sont poursuivies jusqu'au printemps 1997, invitant pour recueillir leur point de vue :

- Jean de Butler, Président d'honneur du CNGE, pour l'histoire de la formation ;
- Jean-Michel Chabot, rapporteur de la mission parlementaire confiée aux professeurs R. Etienne et J.F. Mattei ;
- Bernard Gay, Président du Collège national des généralistes enseignants (CNGE) ;
- Claudine Hertzlich, directeur de recherche au CNRS, pour ses recherches sociologiques sur l'exercice de la médecine en France ;
- Philippe Lazar, ancien directeur de l'INSERM et auteur du rapport "*12 thèses pour le renouveau de la médecine libérale*" ;
- Gérard Lévy et Bruno Varet, chargés d'une mission de réflexion sur la réforme des études médicales ;
- Gilbert Vicente, Président de l'Association universitaire francophone et européenne en médecine et odontologie (AUFEMO).

Il s'est également appuyé sur un travail documentaire (textes réglementaires, rapports, enquêtes, "littérature grise") et il a bénéficié d'informations fournies par le bureau des formations de santé du ministère de l'Éducation (dont le responsable était Claudie Viatte).

Ainsi ont pu être dégagés les objectifs et les finalités de l'évaluation, qui sont définis 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."*

Le guide pour l'évaluation interne, qui est consultable sur internet (<http://www-cne.mesr.fr>), a été adressé le 30 mai 1997 aux présidents des universités, afin qu'ils soient tenus au courant de l'évaluation, et aux doyens, auxquels il était demandé de présenter, dans un texte d'introduction, leur propre appréciation des forces, des faiblesses et des perspectives de la formation. Les réponses étaient attendues pour le 15 septembre.

Afin d'établir, dès le début de l'évaluation, un dialogue avec les facultés, plusieurs contacts ont été pris :

- le Président de la Conférence des doyens a été invité au Comité le 20 mars. Il est venu accompagné du doyen en charge de la formation à la médecine générale, au sein du Bureau ;
- le rapporteur s'est rendu à une réunion de l'AUFEMO, le 23 juin, pour rencontrer les responsables administratifs, et à une réunion de la Conférence des doyens, le 8 juillet. A cette occasion, quelques doyens ont manifesté certaines réticences à l'égard de l'évaluation, du fait qu'elle coïncidait avec la mise en place du stage de six mois chez le praticien.

## Deuxième phase : évaluation interne

Les rapports d'évaluation interne sont parvenus au Comité entre septembre 1997 et février 1998 (cf. tableau ci-joint). Lors des nombreux contacts que le CNE a dû prendre (par téléphone et par courrier) pour relancer les facultés, il est apparu plusieurs explications à ces retards : la négligence ; l'impression qu'il s'agissait d'une enquête administrative qui n'aurait pas de suite et dont le calendrier annoncé ne serait pas respecté ; les dysfonctionnements de certaines facultés, dans lesquelles la communication entre le doyen et le(s) responsable(s) du 3ème cycle de médecine générale est très mauvaise ; la dilution des responsabilités, la charge de préparer le rapport étant parfois confiée, en dernier ressort, au personnel administratif ; et même, dans certains cas, une hostilité individuelle.

Deux facteurs ont contribué à surmonter ces difficultés et à faire aboutir l'évaluation interne dans l'ensemble des sites : le lancement d'une enquête auprès des résidents et l'annonce des visites d'expertise.

Le CNE a choisi d'interroger les résidents qui avaient achevé leur 3ème cycle à l'automne 1997, de telle sorte qu'ils puissent se prononcer sur l'ensemble du cursus. Un questionnaire a été établi par le chargé d'études (Eric Passavant), avec l'aide du groupe de travail. Il a été envoyé le 17 novembre aux responsables administratifs des facultés qui se sont mobilisés très efficacement, avec le soutien de l'AUFEMO, pour le faire parvenir à l'adresse personnelle des quelque 3 000 résidents enquêtés. Les réponses étaient demandées pour le 15 décembre, il en est parvenu plus de 900.

Dans le même temps, le groupe de travail a fixé les orientations méthodologiques de l'évaluation externe, qui ont été validées par le Comité, réuni en séance plénière, le 27 novembre 1997. Il a été décidé de :

- procéder à l'analyse des rapports d'évaluation interne en suivant deux grilles de lecture, l'une plus quantitative et comparative, l'autre plus descriptive et qualitative, et en confrontant les jugements produits ;
- compléter et valider cette analyse par la visite d'experts dans une vingtaine de sites (sur 37) ;
- dégager de l'analyse des rapports d'évaluation interne et des missions d'expertise une grille d'évaluation et définir un petit nombre de rubriques qui feraient l'objet d'une cotation, UFR par UFR.

Il a été convenu de procéder par étapes, et avec prudence, pour bien valider la démarche. Les missions d'expertise devaient permettre de croiser les jugements et, sur plus de la moitié des cas, de mesurer l'écart entre les cotations sur dossier et les cotations après expertise.

Les vingt sites retenus sont :

- les 11 UFR de la région parisienne, la situation de l'Île-de-France apparaissant comme très différente de celle du reste de la France ;
- 9 universités de province, choisies sur plusieurs critères (distribution géographique, taille, qualité du 3ème cycle de médecine générale) afin de respecter une diversité suffisante. Il s'agit de Lille, Montpellier, Nancy, Nice, Rennes, Saint-Etienne, Strasbourg, Toulouse et Tours.

Huit experts ont été désignés par le Président du CNE : quatre hospitalo-universitaires (les professeurs Jean-Luc Debru, Jean-Yves Grolleau, Jean Jouquan, François de Paillerets) et quatre enseignants associés de médecine générale (les professeurs Paul-André Befort, Michel Doumenc, Jean-François Huez, Jean-Pierre Wainsten).

### **Troisième phase : l'évaluation externe**

Une réunion s'est tenue au CNE avec les experts les 5 et 6 janvier 1998. Elle a permis d'établir une grille d'expertise, qui reprend les mêmes rubriques que la grille de lecture des rapports d'évaluation interne, à savoir :

- Structures et moyens
- La formation théorique
- La formation pratique hospitalière
- La formation pratique extra-hospitalière
- Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte.

Les visites d'expertise, d'une journée chacune, ont eu lieu entre le 13 janvier et le 19 février 1998. Elles étaient conduites par trois personnes : un représentant du CNE et deux experts (un universitaire et un généraliste associé). On a fait varier le plus possible la composition des trios.

Les experts ont adressé au Comité, de manière confidentielle, un rapport pour chaque site expertisé, en suivant la grille d'évaluation, en dégagant les points forts et les points faibles et en portant des cotations dans chacune des cinq rubriques, ainsi qu'un rapport général sur la formation des médecins généralistes. Sur la base de ces rapports, deux réunions de bilan se sont tenues, les 25 mars et 8 avril.

Les cotations se sont révélées très peu divergentes : en cas d'écart, la confrontation des arguments a permis de trancher sans difficulté, au terme d'un travail collégial.

Il s'est avéré nécessaire d'interroger de nouveau l'ensemble des UFR sur l'introduction du cinquième semestre, afin d'avoir des informations homogènes et mises à jour, alors même que débutait le second semestre d'application de la réforme. Un questionnaire a donc été envoyé le 27 avril 1998. Les réponses des établissements sont parvenues au Comité, pour l'essentiel, dans le courant du mois de mai.

Un projet de rapport d'évaluation a été soumis au Comité, réuni en séance plénière, le 14 mai. Il a été approuvé.

Suivant l'usage du CNE, ce projet de rapport a été transmis aux responsables universitaires concernés :

- fin juin, les pages concernant leur UFR (sans les cotations) ont été envoyées aux présidents des universités, aux doyens et aux responsables du 3ème cycle, afin qu'ils puissent valider les données factuelles et faire part de leurs observations ; quatre présidents et vingt-quatre doyens ont répondu ; douze facultés n'ont pas réagi ;
- début août, l'ensemble du rapport, sans les conclusions et recommandations, ni les cotations, a été adressé au Président de la Conférence des doyens ; il a fait l'objet d'une discussion avec le Bureau de la Conférence, le 8 septembre.

Le rapport final, tenant compte des éléments apportés par les facultés, a été soumis au Comité, en séance plénière, le 24 septembre et le 8 octobre 1998.

	<b>Date d'envoi du rapport d'évaluation interne</b>	<b>Date d'envoi de la réponse au projet de rapport</b>
Aix-Marseille II	novembre 97	juillet 98
Amiens	novembre 97	septembre 98
Angers	septembre 97	juillet 98
Antilles-Guyane	février 1998	septembre 98
Besançon	janvier 98	juillet 98
Bordeaux II	octobre 97	juillet 98
Brest	décembre 97	juillet 98
Caen	décembre 97	juillet 98
Clermont-Ferrand I	septembre 97	septembre 98
Dijon	novembre 97	juillet 98
Grenoble I	janvier 98	septembre 98
Lille II	décembre 97	juillet 98
Limoges	septembre 97	-
Lyon I	septembre 97	septembre 98
Montpellier I	juillet 97	juillet 98
Nancy	novembre 97	juillet 98
Nantes	janvier 98	août 98
Nice	septembre 97	juillet 98
Paris V-Cochin	janvier 98	juillet 98
Paris V-Necker	janvier 98	-
Paris V-Paris Ouest	novembre 97	septembre 98
Paris VI-Broussais	janvier 98	-
Paris VI-Pitié	décembre 97	juillet 98
Paris VI-St Antoine	janvier 98	juillet 98
Paris VII-Lariboisière	décembre 97	septembre 98
Paris VII-Xavier Bichat	septembre 97	juillet 98
Paris XI-Bicêtre	novembre 97	juillet 98
Paris XII-Henri Mondor	octobre 97	juillet 98
Paris XIII-Bobigny	décembre 97	juillet 98
Poitiers	novembre 97	septembre 98
Reims	décembre 97	juillet 98
Rennes I	septembre 97	juillet 98
Rouen	octobre 97	juillet 98
Saint-Etienne	octobre 97	-
Strasbourg I	octobre 97	juillet 98
Toulouse III	novembre 97	octobre 98
Tours	novembre 97	juillet 98

Pour la Faculté libre de Lille, la procédure d'évaluation a été décalée dans le temps, et s'est déroulée durant l'été 1998.

## **Troisième cycle de Médecine générale**

---

### **PRÉSENTATION GÉNÉRALE**

---



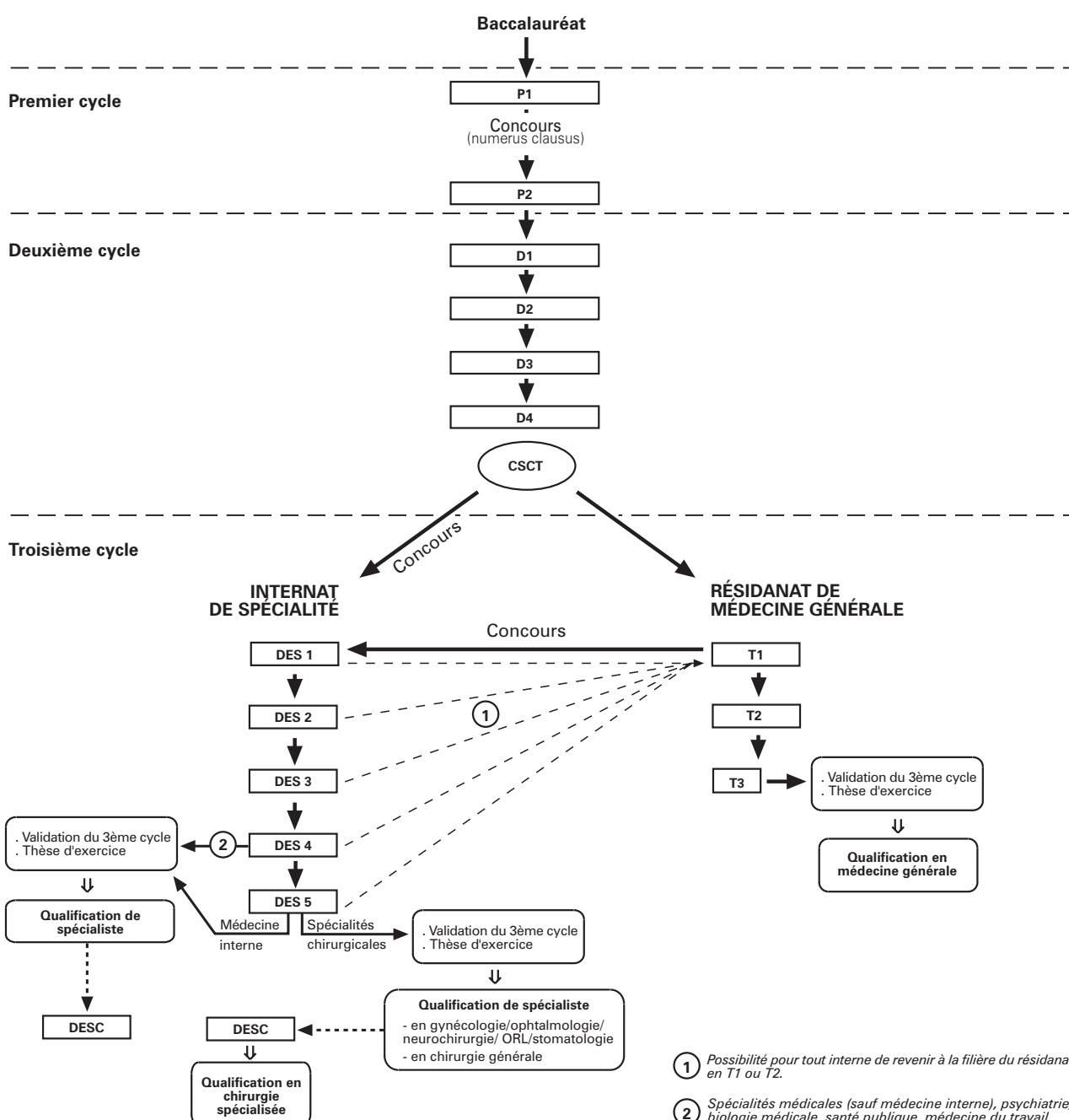
## 1 - L'organisation de la formation

Comme les autres formations universitaires françaises, les études médicales sont organisées en trois cycles :

- l'accès en 1er cycle est libre pour les diplômés du baccalauréat. Depuis l'instauration d'un numerus clausus national en 1972, la sélection s'effectue, sur concours, à la fin de la 1ère année universitaire. Les candidats ne peuvent présenter que deux fois le concours, qui est organisé au sein de chaque faculté. Actuellement, il y a environ dix candidats pour un reçu ;

- le 1er et le 2ème cycles sont un tronc commun pour tous les étudiants en médecine. La formation se déroule à l'université et à l'hôpital, sans contact réglementairement prévu avec le secteur libéral. Pour entrer dans le 3ème cycle, les étudiants doivent avoir validé le 2ème cycle, et notamment obtenu le certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT) ;

- le 3ème cycle est organisé en deux filières : le résidanat, ou 3ème cycle de médecine générale, pour la formation des médecins généralistes, et l'internat pour la formation des médecins spécialistes. Alors que l'accès au résidanat est direct, l'internat est régulé par un concours, que les étudiants peuvent présenter deux fois (il y a environ deux candidats pour un reçu). Le résidanat dure deux ans et demi, l'internat quatre à cinq ans.



L'organisation du 3ème cycle de médecine générale est définie par le décret du 7 avril 1988, modifié par le décret du 16 mai 1997. Il comporte une formation théorique, une formation pratique hospitalière et une formation pratique extra-hospitalière. Les résidents effectuent cinq stages rémunérés d'un semestre : quatre stages hospitaliers, dont un en CHU, et un stage en structures de soins primaires, essentiellement auprès de praticiens généralistes.

Pour obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine, avec qualification en médecine générale, les étudiants doivent avoir validé la formation théorique et la formation pratique du résidanat, et soutenu une thèse.

## 2 - Rappel historique

C'est après la seconde guerre mondiale que l'on voit émerger une formation spécifique à la médecine générale, en Grande-Bretagne tout d'abord, avec la création du National Health Service en 1948, puis aux Pays-Bas, dans certains États d'Allemagne fédérale, en Yougoslavie, en Belgique néerlandophone, dans les pays scandinaves. Dans les années 60, les premiers professeurs de médecine générale sont nommés à Utrecht, à Manchester, en Allemagne. En 1969, aux États-Unis et au Canada, la médecine générale devient une nouvelle discipline, sous le nom de "médecine de famille".

Au début des années 70, les structures académiques de médecine générale se regroupent dans une organisation mondiale, la WONCA (World Organization of National Colleges and Academies of General Practice / Family Medicine). Au niveau européen, le groupe de Leeuwenhorst (du nom de la ville des Pays-Bas où s'est tenue en 1974 la rencontre de représentants de 12 pays) donne naissance en 1992 à l'EURACT, association qui regroupe des enseignants de médecine générale venant de 26 pays, et qui est maintenant intégrée dans la société européenne de médecine générale, section européenne de la WONCA, créée à Strasbourg en 1995.

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

- la résolution 77/30 sur l'omnipraticien et sa formation,
- la directive 86/457 sur la formation spécifique en médecine générale,
- la directive 93/16, portant l'obligation d'un semestre de formation en centre de soins primaires extra-hospitalier (avec pour échéance janvier 1995).

\*

En France, on constate un double mouvement. Au lendemain de la guerre, le boom économique et le formidable essor scientifique enclenché par la loi Debré de 1958, qui crée notamment les centres hospitaliers universitaires, ont entraîné le développement et la valorisation des spécialités médicales et des soins hospitaliers. C'est le triomphe des "médecines d'organes" et de leurs prouesses appuyées sur des explorations biotechnologiques de plus en plus sophistiquées. De façon anecdotique mais révélatrice, l'agrégation de "médecine générale et thérapeutique" disparaît en 1965, remplacée par celle de "médecine interne", qui correspond certes à la volonté d'assurer la prise en charge globale du patient, mais dont la définition est moins facile à cerner.

Pourtant, face à cette évolution radicalement scientifique et technique, des résistances se font jour. Elles proviennent bien plus de praticiens que de l'institution universitaire, qui n'a d'yeux que pour "la voie royale" de l'internat et à la rigueur pour celle des CES, mais qui se désintéresse du sort des futurs généralistes : ceux-ci n'ont pour formation spécifique qu'un stage interné, en septième année, sans réel contenu théorique ni pratique. Ces résistances et ce militantisme trouvent un soutien décisif dans les recommandations de la commission Fougère qui, après deux ans de travaux (1973-1975), se prononce pour une formation obligatoire de deux ans pour les futurs généralistes, avec des responsabilités hospitalières d'interne et un stage chez le praticien.

Ce sont ces recommandations qui sont à l'origine des dispositions législatives de 1978, confirmées par la loi du 23 décembre 1982 sur les études médicales et pharmaceutiques. Alors que paraissent les premiers textes d'application, la réflexion se poursuit, de 1981 à 1983, avec la commission Seligman au ministère de l'Education nationale et la commission Roux au ministère de la Santé. Toutes deux concluent (déjà !) à la



nécessité d'offrir à tous les étudiants des conditions d'accès identiques aux différentes filières terminales des études médicales : c'est en clair la suppression de l'internat ; mais son remplacement par un examen classant validant, obligatoire pour tous, est rejeté violemment par les étudiants. En 1985, les conclusions de la commission Rueff-Nouchy contribuent largement à la rédaction de l'arrêté sur la formation théorique des résidents.

Dans le même temps, les colloques sur la formation des généralistes et l'avenir de la médecine générale se sont multipliés, ainsi que les expériences pédagogiques. Grâce à la volonté de quelques pionniers universitaires et généralistes, certaines UFR ont ainsi mis en place des enseignements de médecine générale et des stages (par exemple à Tours, Nancy, Bordeaux, Bichat, Créteil, Bobigny). En 1983, les médecins généralistes enseignant dans ces facultés se sont regroupés au sein du Collège national des généralistes enseignants (CNGE). Il faut souligner, pendant cette période, l'investissement majeur et bénévole de centaines de maîtres de stage. Un peu plus tard, à l'initiative de la Conférence des doyens, les coordonnateurs hospitalo-universitaires s'organisent en Secrétariat national des responsables du 3ème cycle de Médecine générale.

\*

C'est donc au terme d'une dizaine d'années de réflexion et d'expérimentation que la réforme est entrée en vigueur, à partir de 1984. Elle constitue pour la formation des futurs généralistes un changement radical par rapport à la réglementation antérieure, avec l'allongement de la formation spécifique à deux ans, la mise en place de structures et de moyens, l'implication de médecins généralistes dans la formation théorique, l'introduction d'un stage obligatoire chez le praticien, et surtout l'attribution aux étudiants de fonctions hospitalières à temps plein. Néanmoins, l'internat de médecine générale, instauré par la réforme pour faire pendant à l'internat de spécialité, est rapidement débaptisé en résidanat.

Une première évaluation nationale a été effectuée en 1988-1989, comme le prévoyait la loi de 1982. Elle a été confiée par les deux ministres de tutelle à une commission présidée par André Lachaux. Tout en prenant acte des efforts réalisés dans certaines UFR, cette commission a produit des conclusions globalement sévères :

- les commissions ou les départements de médecine générale prévus dans chaque UFR apparaissaient trop souvent comme des structures sans pouvoir ni réalité, dépendant étroitement de l'investissement ou du non investissement du doyen, laissées dans bien des cas sans moyens financiers ni personnel administratif ;
- les stages hospitaliers offerts aux résidents étaient souvent insuffisamment formateurs, surtout en CHU, la priorité étant donnée au fonctionnement des services sur la formation des futurs praticiens ;
- l'enseignement théorique était quantitativement et qualitativement très inégal, avec globalement un faible investissement des hospitalo-universitaires qui se déchargeaient parfois totalement de cette mission sur des médecins généralistes, souvent bénévoles ;
- la situation apparaissait particulièrement critiquable en Ile-de-France, surtout pour l'organisation des stages hospitaliers.

La commission Lachaux avait formulé une série de recommandations, dont la principale était la réforme du concours de l'internat, afin que tous les étudiants accèdent au troisième cycle selon les mêmes modalités et que cesse le recrutement des futurs généralistes à la suite de leur échec à l'internat : cette recommandation, pourtant essentielle, est restée lettre morte. La commission avait également souligné que la valorisation de la formation du généraliste, voulue par le législateur, ne pouvait reposer sur de simples dispositions organisationnelles, mais qu'il était indispensable que des réponses claires soient apportées tant à la définition qu'à la place de la médecine générale dans le système de soins français.

Cette exigence est aujourd'hui d'autant plus impérieuse que la conjugaison de facteurs économiques (inflation incontrôlée des dépenses de santé), sociaux (la montée des exclusions), médicaux (vieillesse de la population, apparition ou résurgence de grandes épidémies) a progressivement provoqué un renversement d'opinion et suscité un intérêt croissant pour la médecine générale, médecine d'écoute et de synthèse, appelée à jouer un rôle majeur en matière de santé publique par la place qu'elle doit occuper en première ligne dans le domaine de la prévention.

Dans un tel contexte, le CNE a estimé essentiel de faire le point sur la formation des futurs généralistes dans les universités françaises, alors même qu'intervenait en 1997 une réforme qui se faisait attendre : elle porte à deux ans et demi la durée du 3ème cycle de médecine générale, en instaurant un stage de six mois auprès de praticiens généralistes et dans des structures de soins primaires - appliquant ainsi, avec deux ans de retard, la directive européenne.

### 3 - Données quantitatives

Les effectifs nationaux de résidents, dans le tableau qui suit, ont été calculés à partir des chiffres fournis par les facultés aux fins de l'évaluation.

Effectifs de résidents	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
Inscrits en T1	4 816	4 529	2 881	2 747	2 908	2 724
Inscrits en T2	3 739	3 705	3 388	3 135	3 279	3 317
DOM-TOM (hors Antilles)	91	100	96	96	88	95
<b>Total</b>	<b>8 646</b>	<b>8 334</b>	<b>6 365</b>	<b>5 978</b>	<b>6 275</b>	<b>6 136</b>

Le nombre des résidents de médecine générale est théoriquement déterminé par deux facteurs :  
 - le numerus clausus qui, depuis 1972, limite l'accès à la deuxième année des études médicales ;  
 - le nombre de postes mis au concours de l'internat, qui régule la répartition du flux des étudiants, au niveau du 3ème cycle, entre résidents et internes.

Année	Numerus clausus	Postes mis au concours de l'internat
1973	8652	*
1974	8564	
1975	8608	
1976	8698	
1977	8725	
1978	8326	
1979	7913	
1980	7121	
1981	6409	
1982	6409	
1983	5900	
1984	5000	1452
1985	4750	2568
1986	4754	2500
1987	4460	2400
1988	4100	2350
1989	4100	2300
1990	4000	2340
1991	4000	2330
1992	3750	2235
1993	3500	2130
1994	3570	2050
1995	3570	2050
1996	3576	2020
1997	3576	1815
1998	3583	1843

\* Avant 1984, il y avait trois concours distincts, pour l'internat de CHU, l'internat de psychiatrie, l'internat des hôpitaux périphériques

En l'état actuel des statistiques, on ne connaît pas avec précision le flux annuel de résidents, ni le flux de diplômés, ni la durée moyenne de formation d'un médecin généraliste, pas plus à l'échelle nationale que par faculté, et ce pour plusieurs raisons :

- parmi les étudiants inscrits en première année de résidanat, certains bifurqueront vers l'internat, puisqu'il est possible de présenter une seconde fois le concours, dans l'année qui suit la sortie du 2ème cycle ;
- les étudiants adoptent des stratégies diverses pour préparer l'internat et préfèrent parfois redoubler la dernière année du 2ème cycle ou prendre un congé d'un ou deux semestres au début du 3ème cycle ;
- au cours du 3ème cycle, on constate un fréquent allongement du cursus, lié à l'obligation d'effectuer une année de service national, à des congés de maternité, à des congés pour convenance personnelle ;
- entre la validation du 3ème cycle et la soutenance de la thèse, il s'écoule généralement plusieurs mois, voire plusieurs années.

Dans ces conditions, seul un suivi de cohorte, organisé par chaque université, pourra permettre d'appréhender finement la situation. A l'occasion de l'évaluation, trois facultés (Amiens, Angers, Strasbourg) ont réalisé ce suivi, de manière expérimentale, sur une cohorte, mais sans procéder encore à l'analyse des résultats. Le CNE a pu constater que, sur les 237 étudiants inscrits en T1 en 1991-1992 dans ces trois facultés, 31% ont passé et réussi le concours de l'internat, pour la plupart dès la première année de résidanat ; 6% ont abandonné ou demandé leur transfert pour une autre faculté ; enfin 63% ont poursuivi leur formation de médecin généraliste. Ces derniers ont obtenu la qualification dans des délais largement supérieurs à ceux prévus par la réglementation : seuls 2,1% ont été qualifiés en 2 ans ; 15,6% en 3 ans ; 13,9% en 4 ans et 15,2% en 5 ans. En 1996-1997, 16,5% de la cohorte sont encore en formation ; le fait que 13,1% aient effectué leur service national pendant la période étudiée n'explique que très partiellement ces retards.

\*

Il existe actuellement 43 UFR de médecine<sup>1</sup> dans les universités publiques et une faculté privée qui fait partie de l'université catholique de Lille. Au total, 38 sites assurent la formation des médecins généralistes, du fait des regroupements opérés, pour cette formation, dans les universités de province qui comptent plusieurs UFR de médecine (3 à Bordeaux II, 4 à Lyon I, 2 à Toulouse III).

La distribution des effectifs entre ces sites est très diverse, comme le montrent les cartes des pages 20 et 21. Toutefois, plusieurs remarques s'imposent :

- le nombre d'inscrits en P2 (qui correspond au flux des étudiants en médecine) n'est pas significatif de l'attractivité des facultés, puisqu'il est prédéfini par le Ministère, dans le cadre du numerus clausus. Depuis 1991, ces chiffres sont quasiment stables ;
- le nombre d'inscrits en 1ère année de résidanat dépend bien évidemment du flux d'entrée en P2, mais il varie de manière assez sensible, d'une année sur l'autre, en fonction de l'orientation choisie par les étudiants, qui se présentent ou non au concours de l'internat, et en fonction de leur taux de réussite à ce concours. Sauf cas isolés, les étudiants effectuent le résidanat dans leur faculté d'origine ;
- à l'inverse, le nombre de postes d'interne attribués à chaque CHU varie peu ; il est fixé annuellement par la Commission nationale des études médicales, sur avis des commissions régionales, et n'est pas directement corrélé aux résultats obtenus au concours. Au niveau de l'internat, il y a une redistribution des étudiants qui, le plus souvent, sont amenés à changer de faculté.

\*

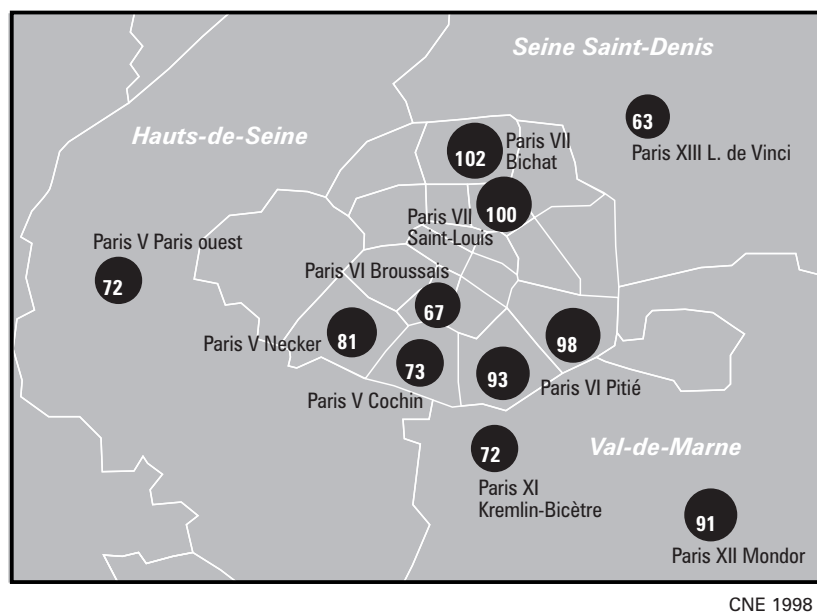
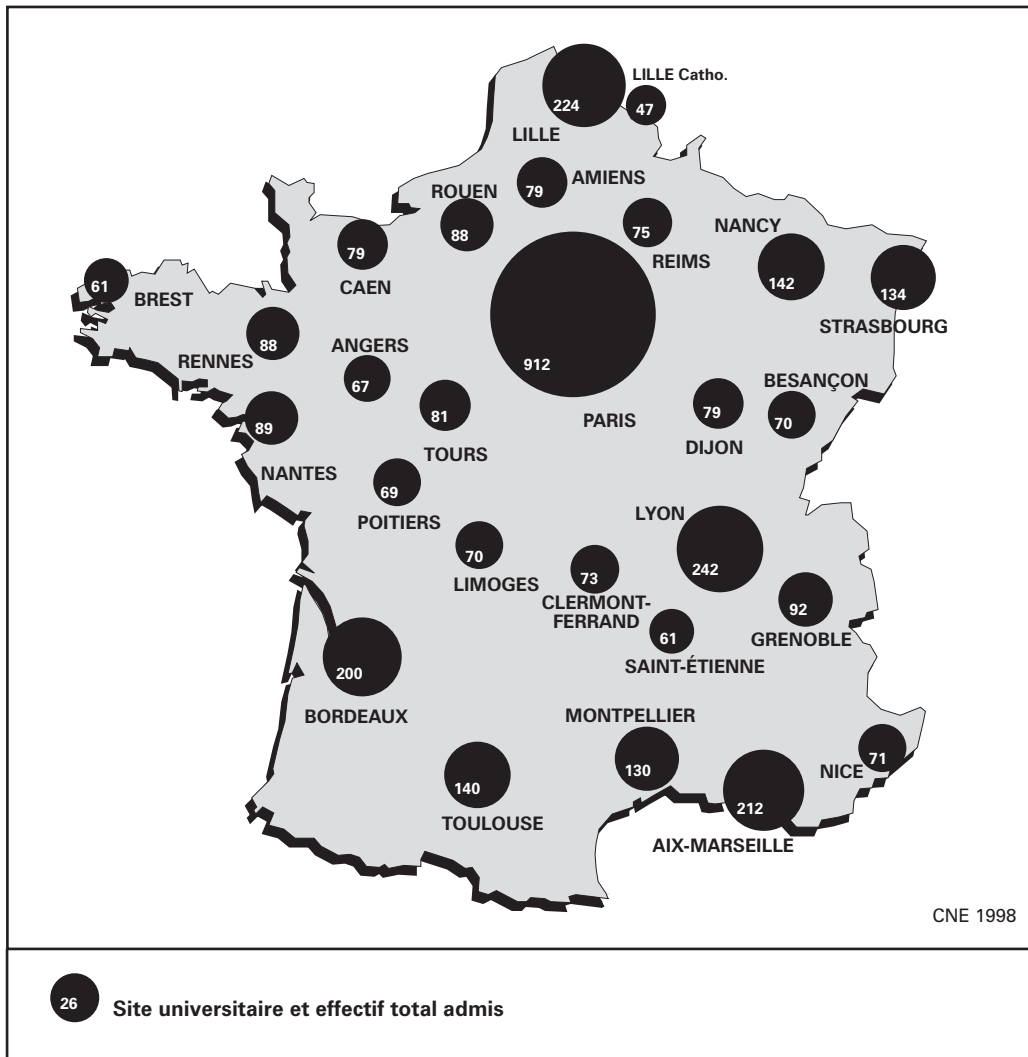
En termes de démographie médicale, on s'interroge sur le nombre de médecins qu'il faudrait former dans les années à venir. Parmi les principales questions qui se posent, on note :

- *l'évolution du numerus clausus*. Selon les prévisions de l'INSEE, les effectifs de médecins vont croître de plus en plus faiblement pour se stabiliser autour de 180 000 entre les années 2000 et 2010 ; ensuite, ils diminueront plus ou moins brutalement selon que le numerus clausus aura été maintenu ou augmenté de façon plus ou moins importante ;
- *l'équilibre généralistes - spécialistes*. De source ministérielle, le flux des étudiants en médecine se partage actuellement en 50 % d'internes et 50 % de résidents ; les années passées, les internes ont représenté jusqu'à 55 % et les résidents 45 % (mais ces chiffres, calculés par référence au numerus clausus, sont très éloignés de ceux fournis par les universités sur les inscrits en T1 et T2). La France se distingue des autres pays développés par la proportion très forte des médecins spécialistes par rapport aux généralistes ;
- *les inégalités régionales en matière de densité médicale* (cf. carte page 22).

---

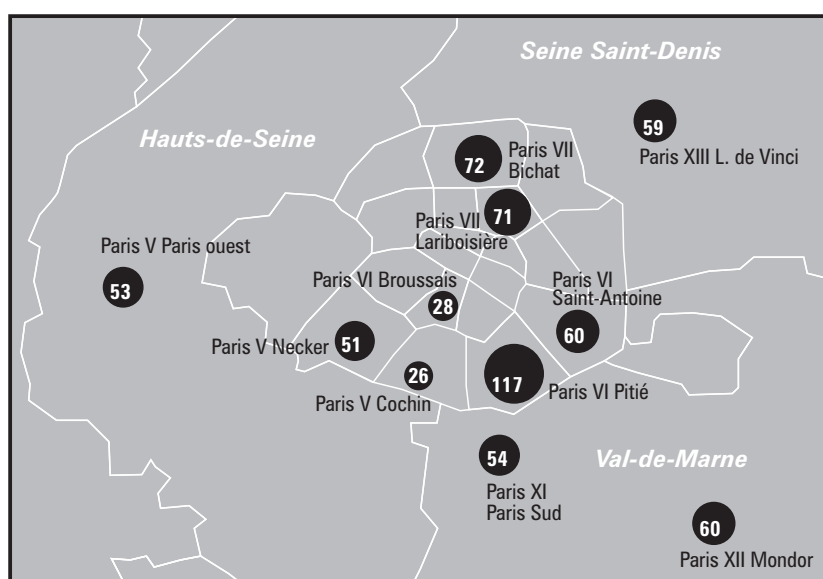
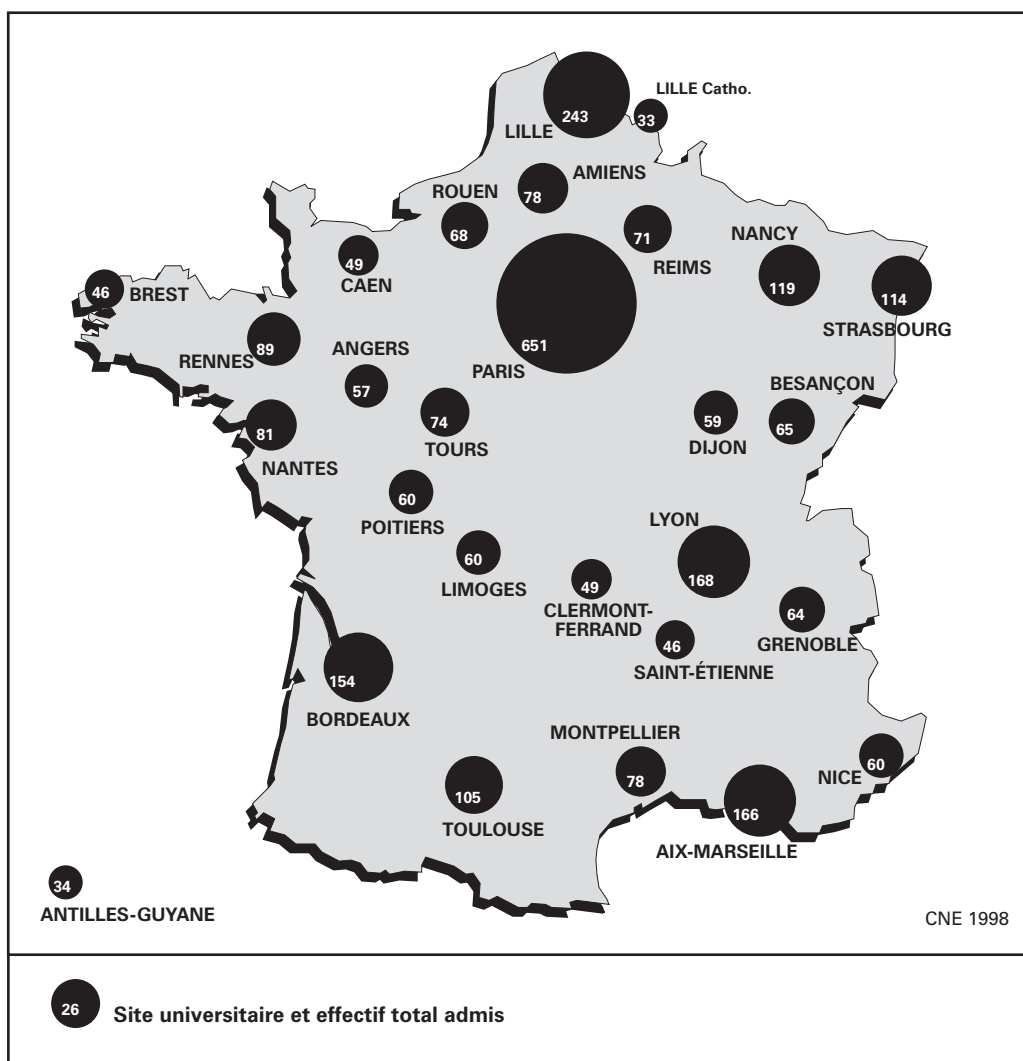
<sup>1</sup> La plupart d'entre elles ont conservé l'appellation de «faculté» et, pour leur directeur, le titre de doyen.

### Les inscrits en P2 en 1996 - 1997



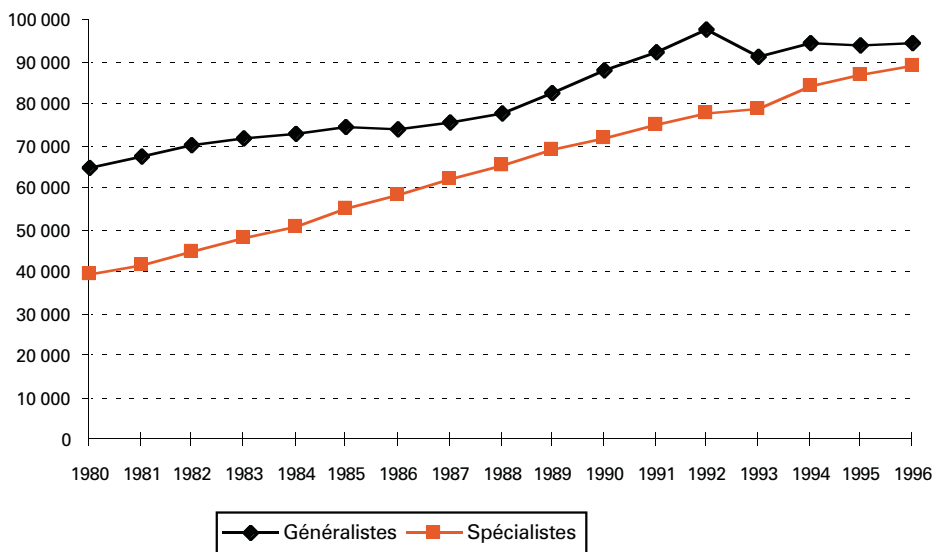
Source : CNE - Enquête Médecine générale - 1998

### Les inscrits en T1 en 1996 - 1997



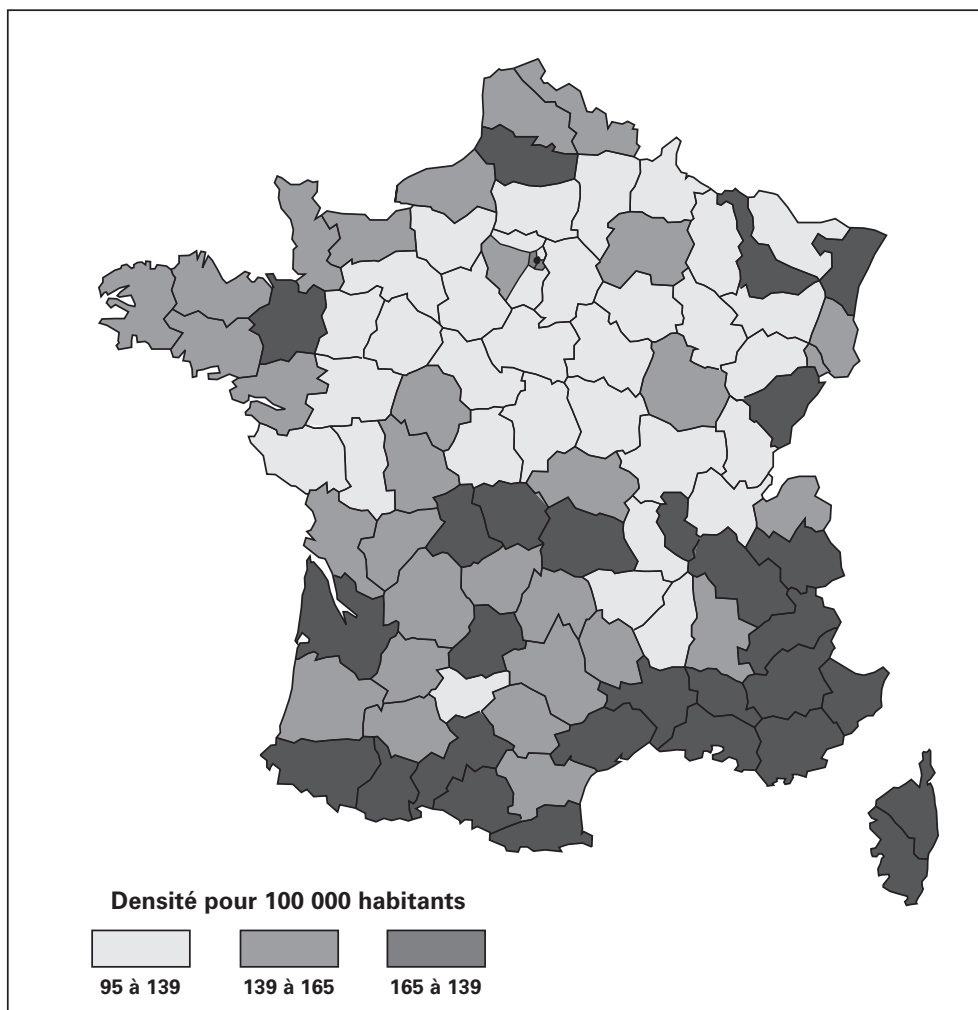
Source : CNE - Enquête Médecine générale - 1998

### Évolution du nombre de médecins en exercice



Source : Ordre National des médecins

### Densité des médecins généralistes par département au 31 décembre 1996



Source : Ordre National des Médecins

CNE 1998

## 4 - Les structures et les moyens

Le décret du 7 avril 1988 définit le cadre institutionnel du résidanat :

- il est placé sous la responsabilité d'un enseignant chargé de coordonner l'organisation des enseignements théoriques et pratiques. Cet enseignant est désigné par le directeur de l'UFR pour une période de trois ans renouvelable ;
- l'enseignant coordonnateur est assisté soit par un département de médecine générale, soit par une commission de coordination et d'évaluation du 3ème cycle de médecine générale.

Le même décret précise le statut de cette commission : elle est composée, à parité, d'universitaires, de praticiens hospitaliers et de généralistes enseignants, nommés par le directeur de l'UFR ; elle s'adjoit des représentants des résidents. Parmi ses membres, dont le nombre varie entre 12 et 24, la commission choisit un président et un vice-président : quand le président est un enseignant titulaire, le vice-président est un praticien hospitalier ou un généraliste enseignant, et réciproquement.

S'agissant du département, la réglementation est plus ambiguë, puisque certains textes font référence à l'article 25 de la loi du 26 janvier 1984, d'autres à l'article 32 : il s'agit donc tantôt d'un département ayant le statut de composante de l'université, tantôt d'un département intra-facultaire. En fait, le département de Médecine générale de l'université Victor Segalen - Bordeaux II est le seul à avoir été créé en application de l'article 25, pour des raisons qui tiennent à la composition de cette université à dominante santé.

En pratique, la différence entre commission et département n'est pas anodine, même si parfois le passage de l'une à l'autre se limite quasiment à un changement de nom. Dans l'ensemble, les commissions ont un champ de compétence limité au 3ème cycle et elles fonctionnent plutôt comme des sous-commissions pédagogiques des UFR ; de ce fait, elles dépendent plus directement des doyens et disposent de moyens propres (notamment locaux et personnel administratif) limités. Les départements, quant à eux, ont généralement des compétences étendues aux trois cycles, et il arrive fréquemment que leurs missions (du moins au niveau formel des statuts) s'étendent à la recherche et à la formation médicale continue ; ils apparaissent donc mieux à même de promouvoir la formation à la médecine générale dans un contexte élargi.

On constate une évolution significative, et qui s'est récemment accélérée : alors qu'il n'existait jusqu'en 1989 que 6 départements (d'ailleurs tous créés avant 1984), on en compte 17 en 1996 et 22 en 1998.

Dans la composition de ces structures, la parité entre hospitalo-universitaires, praticiens hospitaliers et généralistes enseignants n'est pas toujours respectée, et leur implication est très variable. Il en va de même pour les étudiants, qui jusque-là participaient peu au fonctionnement des instances ; mais depuis un an, notamment dans les sites où ils ont été associés à la mise en place du cinquième semestre, ils sont mieux organisés, plus présents et plus actifs.

\*

Au-delà des différences de statut, il apparaît essentiel que les structures en charge de la formation à la médecine générale soient bien identifiées au sein de la faculté et qu'elles disposent de moyens suffisants pour fonctionner de manière satisfaisante.

En matière de locaux (accueil, bureaux, espaces pour les enseignements théoriques et les réunions) et de moyens matériels (téléphone, fax, postes informatiques, matériel pédagogique), on constate un large éventail de situations, allant d'une extrême pénurie à une relative abondance. En outre, dans certains sites, le département ou la commission disposent de moyens propres ; dans d'autres, ils ont accès aux moyens globalisés de la faculté. Il en va de même pour le personnel administratif, parfois spécifiquement rattaché à la structure, parfois mis à disposition, autant que de besoin, par le service de la scolarité, ou le secrétariat central de la faculté par exemple. Les diverses situations locales résultent donc de la conjonction de deux facteurs : la plus ou moins grande importance accordée à la médecine générale, et l'organisation interne de la faculté, plus ou moins centralisée.

Les moyens financiers attribués aux départements et commissions présentent également de grandes disparités, que les différences d'effectifs étudiants ne suffisent pas à expliquer. Souvent, il est vrai, les frais

de fonctionnement sont en partie pris en charge directement par l'UFR, sans qu'il soit toujours possible de les évaluer. Il existe, en théorie, deux modes de financement possibles : une attribution de crédits provenant de la dotation de fonctionnement de l'UFR (chapitre 36-11) ou le reversement partiel des droits d'inscription des résidents. En fait, le reversement d'une partie des droits d'inscription reste exceptionnel, puisqu'il n'est pratiqué que dans quatre UFR ; cette situation tranche avec celle de l'internat de spécialité, dans le cadre duquel il est parfaitement admis que les droits d'inscription des DES soient reversés pour partie sur les comptes des coordonnateurs régionaux.

La dotation en heures complémentaires, allouée pour la rémunération des enseignants non universitaires, varie, selon les sites, de 200 à 1500 heures. Jusqu'en 1992, le Ministère attribuait pour chaque UFR une dotation fléchée de 500 heures, qui a pris fin avec l'introduction du système San Remo. Les présidents d'université, et/ou les doyens selon leur degré d'autonomie, ont depuis maintenu, diminué ou augmenté cette dotation, prélevée sur la dotation globale de fonctionnement. Ni la diversité des effectifs étudiants, ni la délocalisation plus ou moins importante des enseignements ne permettent de justifier les différences actuelles. Il est clair que, lorsque la dotation est très faible, les généralistes enseignants travaillent, au moins en partie, de manière bénévole.

L'implication des généralistes enseignants a été progressivement reconnue. Depuis mars 1986, certains d'entre eux ont pu bénéficier des titres de "chargé" ou "attaché d'enseignement", accordés par le doyen après une décision du Conseil de l'UFR. Le décret du 20 septembre 1991 a ouvert la possibilité de recruter des enseignants associés, professeurs ou maîtres de conférences, nommés à mi-temps par le CNU, les uns pour une durée de six ans, les autres pour une durée de trois ans renouvelable une fois. En 1997-1998, on ne comptait pourtant que 33 enseignants associés (dont 8 professeurs) : sept sites n'en avaient pas et deux sites en comptaient deux. A la rentrée 1998, il ne reste plus que cinq sites sans enseignant associé de médecine générale, et quatre sites en ont deux.

## 5 - La formation théorique

L'arrêté du 29 avril 1988 précise les domaines sur lesquels porte l'enseignement théorique :

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

Le même arrêté en fixe les modalités : 150 à 200 heures réparties sur les deux années du cycle ; une organisation par modules. En pratique, le volume horaire des enseignements proposés est souvent inférieur à la fourchette réglementaire, et la présence n'est obligatoire qu'à une partie d'entre eux.

L'encadrement pédagogique est assuré par des hospitalo-universitaires, des praticiens hospitaliers et des médecins généralistes, en proportion très variable selon les sites. L'organisation en binôme (un généraliste et un hospitalo-universitaire ou un praticien hospitalier), qui était la référence courante, est remise en cause. Dans la très grande majorité des cas, qu'il s'agisse de préparer ou d'assurer les enseignements, les universitaires et hospitaliers laissent le terrain libre aux généralistes, parfois aidés par des intervenants extérieurs appartenant ou non à des professions de santé.

Dans leur contenu, les enseignements sont généralement centrés sur des situations fréquemment rencontrées dans la pratique de la médecine générale. Les méthodes pédagogiques, inspirées par le modèle de la formation médicale continue, sont avant tout fondées sur l'interactivité, la présentation et la discussion de cas en situation ; elles sont parfois plus explicitement orientées vers la résolution de problèmes. Comme dans les autres formations professionnelles, les étudiants sont parfois déroutés par ces approches qui diffèrent de celles qu'ils ont rencontrées en 1er et 2ème cycles, où l'exposé magistral reste prépondérant. Outre évidemment la qualité variable des interventions, c'est là un facteur qui contribue à expliquer leur jugement, dans l'ensemble, critique.



Les enseignements sont soit centralisés (et, dans la majorité des cas, ils ont alors lieu à l'UFR), soit décentralisés à proximité du lieu de stage des étudiants (souvent sur le site de gros hôpitaux périphériques). Les horaires en sont très variables : ils sont dispensés soit dans la journée, soit en soirée, soit durant le week-end. Ces choix découlent habituellement des convenances des généralistes enseignants ou des exigences des chefs de service hospitalier, beaucoup plus que des préférences des résidents ou des intérêts de la formation.

L'introduction du stage de six mois dans des structures de soins primaires a déjà conduit, dans certains sites, à reconsidérer le programme de la formation théorique ; d'importants remaniements sont en cours, dans le but d'instaurer une véritable complémentarité de la formation par les stages et par les enseignements théoriques.

## 6 - La formation pratique hospitalière

En application du décret du 7 avril 1988, l'agrément des services formateurs et la répartition des postes d'interne et de résident sont arrêtés par le préfet de région, sur avis de la commission de subdivision. Cette commission comprend des responsables universitaires et hospitaliers, ainsi qu'un représentant des internes et un représentant des résidents. Lorsqu'il s'agit d'agréer les services, elle est présidée par le directeur de l'UFR et recueille l'avis du coordonnateur du résidanat. Lorsqu'il s'agit d'examiner la répartition des postes dans les services, elle est présidée par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales (DRASS).

La circulaire du 10 mai 1996 a donné des indications sur la nature des services formateurs. Elle préconise d'agréer un plus grand nombre de services de pédiatrie et d'agréer en nombre suffisant les services de médecine, de gynécologie - obstétrique, d'urgences médico-chirurgicales. Elle recommande aussi l'agrément de quelques services dans des domaines spécifiques comme la psychiatrie (à la condition qu'ils soient dans un environnement médical pluridisciplinaire), la réanimation polyvalente ou médicale, les soins de suite et la réadaptation, les maladies infectieuses. A contrario, elle conseille d'écarter les services très spécialisés (tels que ceux de chirurgie, radiologie, néphrodialyse, néonatalogie), ainsi que les services de soins de longue durée, sauf s'ils présentent un fort encadrement pédagogique.

Les termes mêmes de cette circulaire, publiée douze ans après l'entrée en vigueur du résidanat, montrent bien que ces dispositions de bon sens n'étaient pas partout respectées ; trop souvent, des résidents se voyaient proposer des stages très spécialisés ou encore les stages refusés par les internes de spécialité, les besoins du fonctionnement hospitalier primant sur les nécessités de formation d'un futur généraliste.

Si la réglementation a prévu que le résidanat ne comporte qu'un seul stage en CHU, c'est en grande partie pour mieux articuler les intérêts respectifs des services et des étudiants en formation. Mais cette obligation, bien respectée dans les autres régions, ne l'a jamais été en Ile-de-France.

Une adéquation plus ou moins fine est recherchée, selon les sites, entre le nombre de postes ouverts, dans les services agréés, et le nombre d'étudiants à répartir en stage. Quand l'offre de postes est très supérieure à l'effectif de stagiaires, cela signifie que les étudiants peuvent choisir un poste, et par là-même en laisser un autre vacant, indépendamment du caractère formateur des services concernés, avant tout pour des raisons de commodité personnelle.

Les stages hospitaliers constituent la majeure partie du résidanat : il est donc essentiel de savoir quelle part prend la structure universitaire en charge du troisième cycle dans leur organisation (depuis la préparation de la procédure d'agrément des services par la conduite régulière d'enquêtes auprès des chefs de service et des stagiaires jusqu'à la concertation avec les instances hospitalières pour l'affectation des résidents en stage) et dans le suivi du cursus des étudiants (en particulier pour assurer une cohérence de leur quatre stages hospitaliers, avec éventuellement une maquette de cursus, et pour définir des objectifs pédagogiques).

## 7 - La formation pratique extra-hospitalière

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

de la réforme des études médicales, le stage chez le praticien est devenu obligatoire pour la validation du 3ème cycle. De 1984 à 1996, il s'est déroulé parallèlement au stage hospitalier : les résidents, bien que statutairement astreints à effectuer onze demi-journées par semaine à l'hôpital étaient autorisés à aller chez un généraliste pendant 20 à 40 demi-journées, réparties sur trois à six mois. C'est seulement à partir de 1990 qu'à la suite des recommandations de la commission Lachaux, il est devenu obligatoire d'avoir effectué le stage pour être autorisé à faire des remplacements.

Depuis novembre 1997, le cursus a été porté à deux ans et demi, avec l'introduction d'un stage d'un semestre à plein temps dans des structures extra-hospitalières, dont quatre mois au moins auprès d'un médecin généraliste. Deux décrets du 16 mai 1997 en fixent les modalités. Mais, en raison de difficultés d'application, dès le mois d'août suivant, plusieurs circulaires ont introduit des modifications : le stage peut se situer pendant le 2ème, le 3ème, le 4ème ou encore le 5ème semestre du résidanat ; il peut se dérouler auprès de trois maîtres de stage au maximum (et non pas un seul, comme il était initialement prévu). La maquette la plus fréquemment retenue est celle de deux à trois maîtres de stage (dont un coordonnateur) par résident ; elle est parfois exploitée, sur un plan pédagogique, pour offrir au stagiaire des modèles diversifiés d'exercice de la médecine (isolé ou en groupe, masculin ou féminin, urbain ou rural).

Le stage chez le praticien comporte trois phases : "une phase d'observation, au cours de laquelle le stagiaire se familiarise avec son environnement ; une phase semi-active, au cours de laquelle il peut exécuter des actes en présence du maître de stage ; une phase active, au cours de laquelle il peut accomplir seul des actes, le maître de stage pouvant intervenir en tant que de besoin". Le stagiaire ne peut recevoir de rémunération, ni de son maître de stage, ni des patients : c'est le maître de stage qui perçoit les honoraires des actes médicaux accomplis par le stagiaire.

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

Malgré une mise en oeuvre précipitée, dans un cadre réglementaire mal stabilisé, avec des moyens budgétaires qui n'étaient pas initialement garantis, le stage en structures de soins primaires apparaît comme une réussite. Les étudiants, très inquiets et réticents à l'origine, en ont maintenant une image favorable : le choix de ce stage, qui avait été majoritairement contraint pour le semestre d'hiver 1997-1998, devient positif dans de nombreuses subdivisions. Alors qu'on pouvait craindre un rejet de la part des patients, leur réaction, là où elle a été systématiquement évaluée, se révèle très positive. L'effort a porté essentiellement sur le recrutement et la formation de nouveaux maîtres de stage, sur l'établissement d'une maquette, la définition d'objectifs et l'élaboration d'un livret de stage. Les principaux problèmes qui se posent concernent, dans certains sites, la difficulté à constituer un réseau suffisant de maîtres de stage ; l'articulation de la phase passive à la phase active ; l'offre de stages en structures hors cabinet, qui n'est pas encore systématique, et est souvent morcelée et peu diversifiée ; le nombre impair de semestres de formation, qui entraîne, entre semestre d'hiver et semestre d'été, un déséquilibre des effectifs de stagiaires affectés dans les services hospitaliers.

## 8 - La validation du troisième cycle

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

La validation du 3ème cycle de médecine générale consiste actuellement dans la validation de chacun des éléments de la formation :

- pour les stages hospitaliers, les cas d'invalidation sont rares ; ils concernent presque toujours des étudiants chez lesquels se révèlent des problèmes psychologiques graves ;
- pour le stage chez le praticien "ancienne formule", la validation était quasiment automatique. Pour le stage de six mois, dans de nombreux sites, un livret de stage a été élaboré en collaboration avec les maîtres de stage et les résidents ;
- pour la formation théorique, la validation est le plus souvent fondée sur l'assiduité, vérifiée d'une manière plus ou moins rigoureuse ou laxiste selon les UFR. Ce critère est insuffisant, mais il permet du moins de s'assurer de la présence des étudiants. Dans certaines facultés, un mémoire doit être rédigé et un examen

oral terminal est parfois organisé, mais il ne concerne en général que les étudiants qui n'ont pas satisfait à l'obligation d'assiduité.

Pour améliorer les modalités de la validation, actuellement trop cloisonnée en éléments juxtaposés, une réflexion est en cours, dans plusieurs sites, sur la mise en oeuvre d'une certification finale, orientée vers l'évaluation des compétences. En outre, la question d'un diplôme de fin de 2ème cycle se pose : en effet, il arrive régulièrement que des étudiants effectuent le résidanat alors même qu'ils n'ont pas l'intention de pratiquer la médecine générale, mais parce qu'ils n'ont pas d'autre moyen de terminer leurs études médicales.

La thèse peut être soutenue après validation du 3ème semestre de résidanat. En pratique, comme le montrent les résultats de l'enquête auprès des étudiants sortants, moins de 20 % des étudiants ont soutenu leur thèse quand ils arrivent à la fin du 3ème cycle et près de 30 % ne l'ont pas même commencée. La plupart du temps, les sujets de thèse n'ont pas de rapport avec la médecine générale. Mais on voit aussi des médecins généralistes proposer des sujets de thèse à leurs stagiaires, diriger leur travail et bien sûr siéger dans le jury - dans des sites où la structure fonctionne de façon dynamique, où il existe un groupe ancien et actif de généralistes enseignants autour d'un maître de conférences ou d'un professeur associé de médecine générale, où une documentation spécifique est à leur disposition et à celle des étudiants.

## 9 - Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte

Le 3ème cycle de médecine générale doit être replacé dans son contexte. L'évaluation s'est donc attachée également à l'articulation de cette partie du cursus avec les deux premiers cycles, ses relations avec la formation médicale continue, la place occupée par la recherche.

En amont du 3ème cycle de médecine générale, suite à la réforme de la deuxième partie du 2ème cycle des études médicales (qui concerne les années D2, D3 et D4), la formation clinique comporte désormais non seulement une participation à l'activité hospitalière mais aussi un stage chez un médecin généraliste. En l'absence d'un arrêté d'application, une circulaire du 25 mai 1995 en pose le cadre. Sans attendre ces dispositions réglementaires, quelques facultés avaient déjà mis en place une sensibilisation à la médecine générale en 1er et en 2ème cycles, sous forme soit d'une intervention de médecins généralistes dans les enseignements, soit de stages facultatifs chez des maîtres de stage le plus souvent bénévoles.

Ces expériences sont malheureusement trop rares ou trop timides. Il est pourtant indispensable que le troisième cycle n'apparaisse pas artificiellement "plaqué" sur toute la période qui le précède. Si les étudiants avaient dès le P1 (et le module de sciences humaines et sociales le permet) des informations sur les grands problèmes de santé publique et sur le rôle que peut y jouer la médecine libérale, générale en particulier, s'ils allaient pendant leur 2ème cycle en cabinet de ville et pas seulement à l'hôpital, s'ils se voyaient proposer d'autres modèles que ceux des "spécialistes de pointe", s'ils n'avaient pas d'yeux que pour l'internat, incités dans ce sens par leur doyen et leurs professeurs, il est clair que les vocations pour l'exercice généraliste serait beaucoup plus nombreuses et que le recrutement de ces futurs praticiens cesserait de se faire majoritairement "par l'échec".

Le résidanat devrait être logiquement l'étape initiale de la formation médicale continue. De fait, dans la très grande majorité des cas, les généralistes enseignants et les maîtres de stage sont très impliqués dans les structures de FMC ; ils sont même habituellement recrutés en fonction de cette implication. Mais les relations plus institutionnelles entre résidanat et formation médicale continue sont rares, et n'ont que peu d'impact sur les étudiants. En outre, de nombreuses facultés n'ont pas de département de formation médicale continue.

Enfin, parce qu'il n'y a pas d'enseignement universitaire sans recherche, le CNE a voulu, pour cette évaluation, identifier les activités de recherche en médecine générale : elles sont très peu nombreuses. Le questionnaire proposé pour l'évaluation interne a surpris à cet égard aussi bien les universitaires que les généralistes eux-mêmes, ce qui montre bien l'actualité du débat, non tranché aujourd'hui, sur la définition de la médecine générale : discipline universitaire ou exercice professionnel ? Si les spécialités médicales, à l'exception de la médecine interne, se sont définies par rapport à un territoire facilement identifiable (le coeur, le tube digestif, le poumon, etc.), le champ de la médecine générale reste beaucoup plus flou, ce qui

impose tout un travail de construction d'une authentique épistémologie pour faire émerger une recherche clinique ou épidémiologique qui lui soit propre.

D'autres facteurs interviennent aussi : le manque de temps des généralistes enseignants ; leur formation le plus souvent insuffisante en matière de recherche, et surtout en méthodologie ; la pauvreté de la bibliographie ; des relations trop réduites avec d'autres départements comme ceux de santé publique ou encore avec les structures de sciences humaines, même quand ces départements ou structures cohabitent avec la faculté de médecine au sein de la même université.

## 10 - Le résidanat dans les DOM-TOM

Le déroulement du 3ème cycle de médecine générale dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer comporte des différences notables par rapport à celui de la métropole. En effet, l'affectation des étudiants venant de toutes les facultés de médecine métropolitaines, le suivi de leur cursus, leur encadrement pédagogique s'effectuent sous la responsabilité de l'université Bordeaux II, et plus particulièrement de sa mission DOM-TOM, en liaison avec les structures sanitaires de la Réunion, de Nouvelle-Calédonie et de Polynésie, et, pour les Antilles et la Guyane, sous la responsabilité conjointe de l'université des Antilles et de la Guyane (cf. p. 54).

Si l'affectation de résidents a d'abord eu pour objectif de contribuer au fonctionnement des services hospitaliers, une prise de conscience progressive s'est fait jour de la part des praticiens hospitaliers, qui participent maintenant directement à l'encadrement des stagiaires, en collaboration avec les hospitalo-universitaires de Bordeaux II, qui viennent régulièrement en mission d'enseignement.

En revanche, le stage chez le praticien pose davantage de problèmes. Il n'a pu être réalisé jusqu'ici dans les TOM, qui offrent néanmoins d'autres possibilités de stages extra-hospitaliers, en particulier en Nouvelle-Calédonie.

Au-delà des difficultés pratiques qu'ils présentent, ces stages sont une chance pour les étudiants qui peuvent en bénéficier. Ils leur permettent de découvrir une autre pathologie, d'autres comportements, d'autres cultures, et sont une occasion de susciter leur intérêt pour la médecine tropicale, la santé publique ou la médecine humanitaire.

## 11 - Le contexte européen

La directive 93/16 avait rendu obligatoire un stage de six mois chez le praticien. Le Comité consultatif pour la formation des médecins (DG XV) a recommandé, en octobre 1995, que la formation spécifique à la médecine générale, qui ne devrait débiter qu'une fois accomplie la formation médicale de base, soit étendue à trois ans minimum.

Le tableau de la page suivante indique l'organisation et la durée du cursus dans les pays de l'Union européenne en 1995 : son actualisation est en cours.

Le CNE a organisé à Paris, en octobre 1997, un séminaire sur l'évaluation des études médicales dans les pays européens. Il en ressort que, si des régulations nationales sont bien mises en place, il n'apparaît pas nécessaire d'introduire une accréditation européenne. Néanmoins, en ce qui concerne la France, il faut noter la situation très spécifique des formations de santé : à la différence des autres disciplines, dans lesquelles les formations sont habilitées par le Ministre de l'Education, les formations de santé ne font pas l'objet d'une procédure d'accréditation, sauf dans le cas de quelques diplômes (comme le nouveau DPRBM, diplôme préparatoire à la recherche biologique et médicale). Par ailleurs, il n'existe pas à l'heure actuelle, au niveau européen, de profil des compétences attendues du praticien (alors que, par exemple, le Comité consultatif pour la formation des praticiens de l'art dentaire a défini un tel profil), mais certains États membres ont déjà produit des documents de ce genre, ou y travaillent.

La formation des médecins généralistes en Europe (en 1995)				
Etat membre	<i>Basic training</i>	<i>Pre-registration period</i>	<i>Mandatory post-graduate training</i>	<i>Voluntary post-graduate training</i>
Allemagne	6 ans	1 1/2an	1 1/2an	1 an
Autriche	6 ans		3 ans	
Belgique	7 ans 6 ans		2 ans 3 ans	
Danemark	6 1/2ans	1 1/2an	3 1/2ans	
Espagne	6 ans		3 ans	
Finlande	6 ans		2 ans	4 ans
France	6 ans		2 ans	
Grèce	6 ans	1 an	3 ans	
Irlande	6 ans	1 an	3 ans	
Italie	6 ans	1/2an	2 ans	
Pays-bas	6 ans		3 ans	
Portugal	6 ans	1 1/2an	3 ans	
Royaume-Uni	5 ans	1 an	3 ans	
Suède	5 1/2ans	21 mois	9 mois	au moins 5 ans
Luxembourg	N'a pas de cursus complet. Offre seulement la première année de <i>basic training</i> et une partie du <i>mandatory post-graduate training</i>			

## 12 - L'enquête auprès des résidents

Les objectifs de cette enquête étaient triples :

- connaître les grandes caractéristiques de la population des résidents : durée des études, conditions d'orientation vers la médecine générale, projets professionnels ;
- recueillir le point de vue des résidents sur les différentes composantes de leur formation : enseignement théorique, stages hospitaliers, stage chez le praticien ;
- compléter les informations fournies par les rapports d'évaluation interne et les visites d'expertise : sensibilisation à la médecine générale pendant le 1er et le 2ème cycles, état d'avancement de la thèse, degré de cohérence dans le choix des quatre stages hospitaliers.

931 questionnaires ont été exploités. Le nombre d'étudiants inscrits en T2 en 1996-1997 (sans compter les résidents en stage à la Réunion et dans les territoires d'Outre-Mer) étant de 3 279, le taux de réponse est de 28,39%. Etant donné les conditions d'enquête, ce résultat peut être considéré comme satisfaisant. En effet, les étudiants interrogés avaient quitté l'université depuis l'automne (sauf pour ceux qui avaient encore un semestre à effectuer) ; il a donc fallu que les services administratifs des facultés leur envoient un questionnaire à leur adresse personnelle de l'année précédente ; en outre, il ne dépendait que de leur bon vouloir d'y répondre.

Les résidents parisiens et provinciaux ont répondu dans des proportions voisines, respectivement 28,3% et 28,42%.

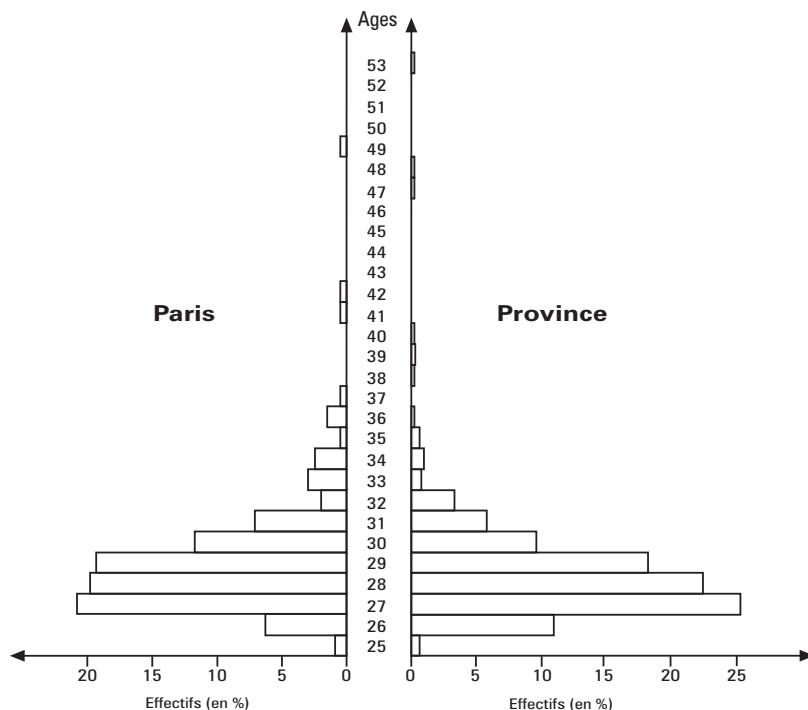
	Nombre de réponses	Inscrits en T2 en 1996-1997	Taux de réponse
Paris	197	696	28,3%
Province	734	2 583	28,42%
<b>Total</b>	<b>931</b>	<b>3 279</b>	<b>28,39%</b>

Les facultés accueillant peu de résidents en 2ème année sont sur-représentées dans l'échantillon, du fait d'un excellent taux de réponse des étudiants (Brest 64,4%, Angers 51,1%, Clermont-Ferrand 47,7%). Les facultés de taille moyenne présentent les écarts les plus forts : certains sites sont sur-représentés (Poitiers 52,9%, Rouen 48,1%) ; d'autres sont sous-représentés (Caen 14,8%, Reims 18,2%, Toulouse 13,5%). Les facultés de taille importante ont des représentations plus homogènes.

### La structure par âge et la durée des études

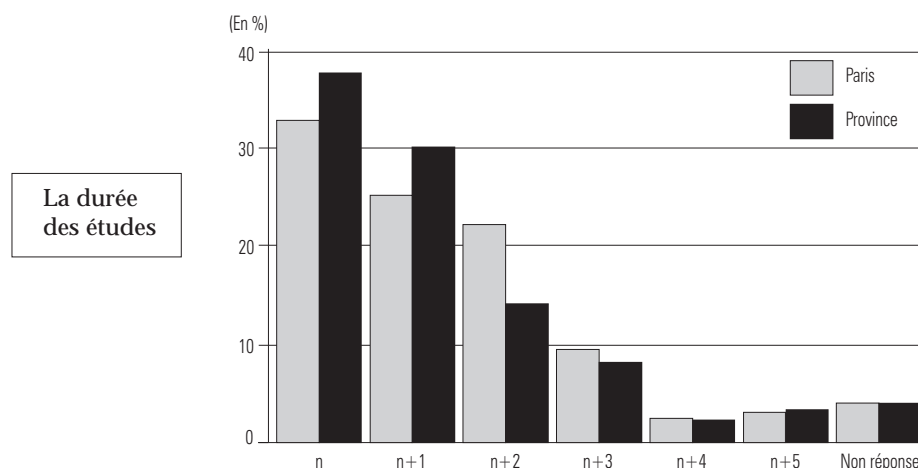
Dans l'ensemble, un peu plus de 46% des résidents interrogés ont 27 ou 28 ans. Seulement 10% sont plus jeunes alors que 28,46% d'entre eux ont 29 ou 30 ans. Cette promotion se caractérise également par son étendue : près de 5% des résidents ont de 33 à 53 ans.

La pyramide des âges fait apparaître que les étudiants parisiens sont en moyenne plus vieux que les provinciaux. Ils sont moins nombreux à avoir 28 ans et moins (49,24% contre 59,31%) et largement sur-représentés parmi les 33 ans et plus (10,5% contre 3,48%).



Un peu plus d'un tiers des résidents ont effectué leurs études de médecine sans redoublement depuis l'entrée en P2 ; 45% ont une ou deux années de retard ; les autres ont un cursus plus long avec 3 ans de retard et plus.

Les résidents parisiens n'ont pas le même cursus que leurs condisciples de province : ils sont moins nombreux à avoir effectué leur scolarité de P2 à T2 avec au maximum une année de retard. A contrario, ils accumulent plus souvent plusieurs années de retard.

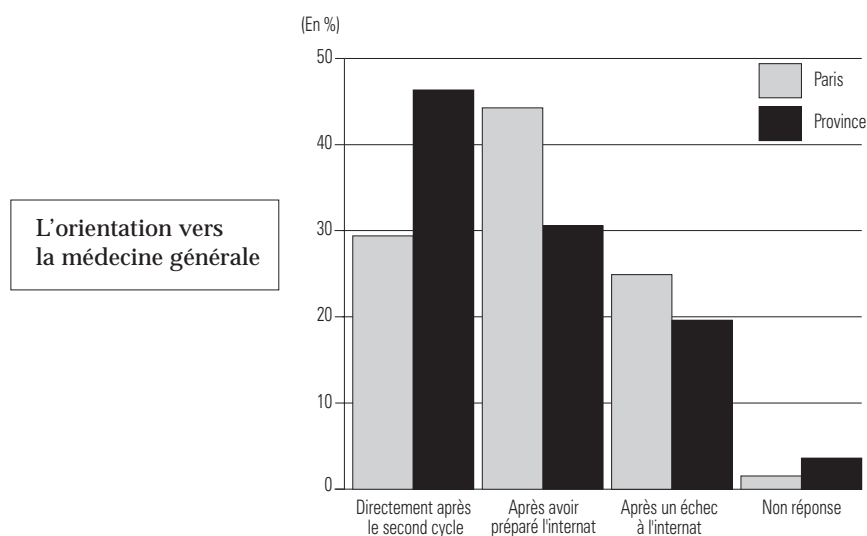


L'allongement de la durée des études peut avoir des causes multiples : redoublement contraint, en cas de non-validation d'une année ; redoublement choisi de D4 pour présenter une seconde fois le concours d'internat ; reprise d'études après le service national ou un congé maternité... Seul un suivi des cohortes d'étudiants de l'entrée à la sortie de la faculté permettrait d'évaluer le poids relatif de ces différentes situations et d'appréhender les dysfonctionnements éventuels.

### L'orientation vers la médecine générale

Seulement 42,6% des résidents ayant répondu à l'enquête déclarent s'être orientés vers un 3ème cycle de médecine générale sans avoir préparé le concours d'internat : la médecine générale n'est donc pas un choix positif et volontaire pour la majorité des étudiants. Cette situation est confirmée par les appréciations faites par les résidents dans les questions ouvertes du questionnaire. Nombreux sont ceux qui déclarent que "dans les facultés, la médecine générale est la cinquième roue du carrosse", qu'ils sont considérés comme "des médecins au rabais". Ce sentiment de dévalorisation se structure à partir de multiples expériences quotidiennes, notamment dans les enseignements de 1er et 2ème cycles et lors des stages hospitaliers, où s'exprime une hiérarchie entre médecine générale et médecine de spécialité.

L'orientation par défaut des étudiants vers la médecine générale est plus forte à Paris qu'en province. Seulement 29,4% des parisiens ont choisi la médecine générale immédiatement après le 2ème cycle. En revanche, ils sont plus nombreux à déclarer avoir préparé l'internat, pour revoir l'ensemble du programme de 2ème cycle et en raison de la qualité des conférences de l'internat, mais sans forcément entretenir l'espoir de réussir le concours. Tout laisse à penser que la hiérarchie symbolique qui existe entre médecine générale et médecine de spécialité est plus ancrée dans l'esprit parisien.

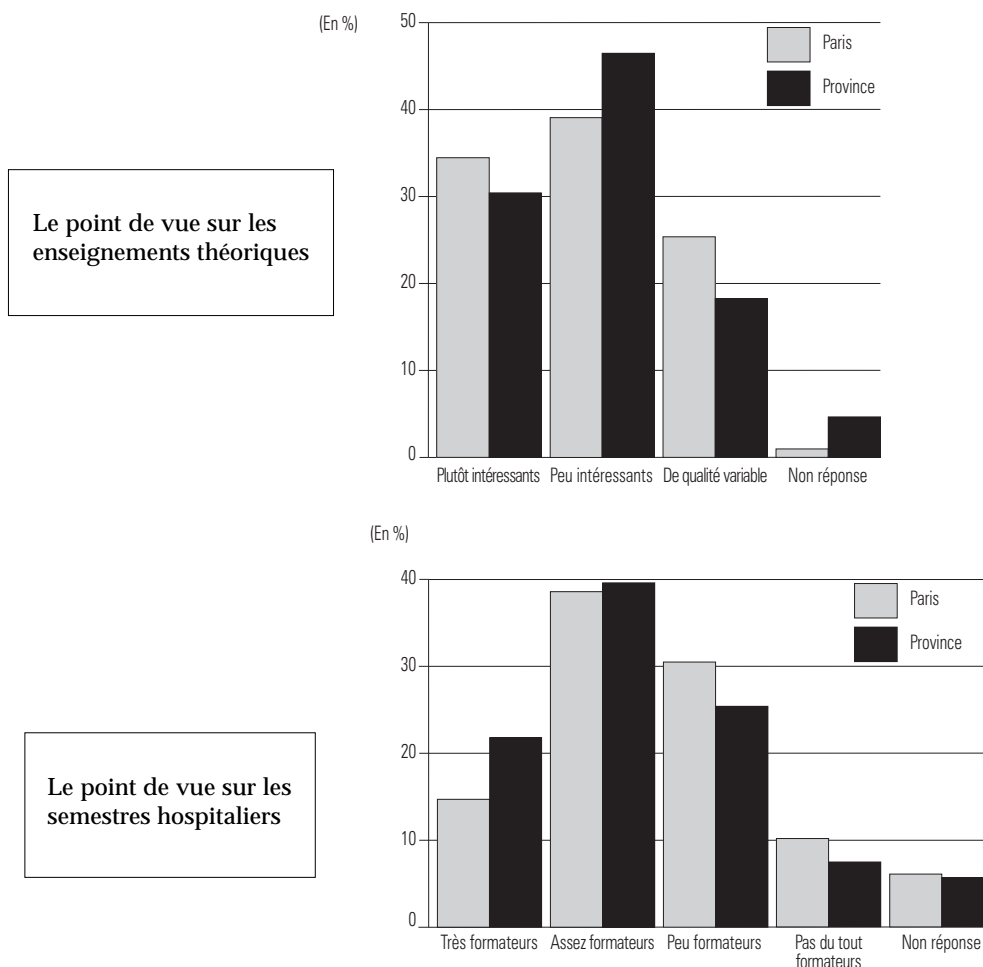


Dans son rapport de 1989, la commission Lachaux observait que 30% des résidents ne présentaient pas le concours de l'internat ; en 1997, 42,6% des étudiants qui ont répondu à l'enquête du CNE sont dans ce cas. Sans vouloir comparer des enquêtes à la méthodologie différente, on peut tout de même supposer que le choix positif d'une carrière de médecin généraliste progresse auprès des étudiants.

### Le point de vue sur la formation

Les résidents portent un jugement sévère sur la qualité de la formation qu'ils ont reçue. Leurs critiques sont plus fortes à l'encontre de l'enseignement théorique que de l'enseignement pratique : en effet, 44,9% des résidents trouvent les enseignements théoriques peu intéressants, alors qu'ils sont près de 60% à considérer que les semestres hospitaliers sont assez ou très formateurs.

Les résidents provinciaux sont plus critiques vis-à-vis de la formation théorique et plus satisfaits de la formation hospitalière que les parisiens : 30,4% estiment que les cours qu'ils ont suivis en troisième cycle sont plutôt intéressants, contre 34,5% des parisiens ; 21,4% considèrent que les semestres hospitaliers sont très formateurs, contre 14,7% chez leurs homologues parisiens.



Pour une part, ces appréciations sont recoupées par les expertises, qui ont fait apparaître que les efforts des facultés pour proposer une formation théorique et pratique de qualité, adaptée à la réalité de la pratique de la médecine générale, étaient très inégaux. Cette analyse est confirmée par les 20% de résidents qui jugent que la formation théorique est de qualité variable. Mais on peut également penser que les enseignements théoriques ne sont pas à la hauteur des espérances de certains résidents. S'orientant vers une discipline qu'ils estiment dévalorisée, ils n'ont pas trouvé, auprès de leurs formateurs et au sein des hôpitaux, les moyens de transformer cette orientation plus ou moins subie en choix positif. La difficulté qu'ils ressentent pour se construire une identité professionnelle valorisante peut expliquer en partie leur insatisfaction.

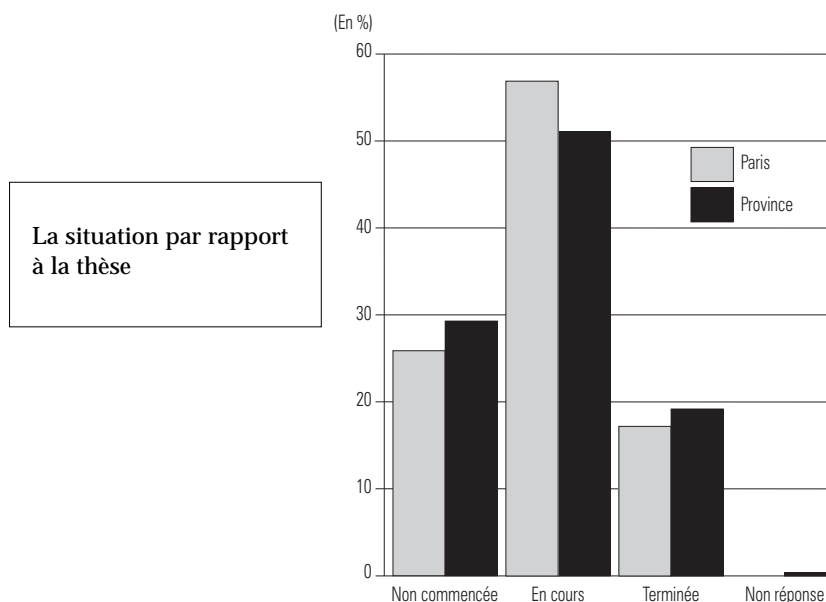
Concernant le stage chez le praticien, les étudiants ayant été interrogés avant la mise en place du stage de six mois, leurs réponses portent donc sur le stage court, ancienne formule.



## La situation par rapport à la thèse

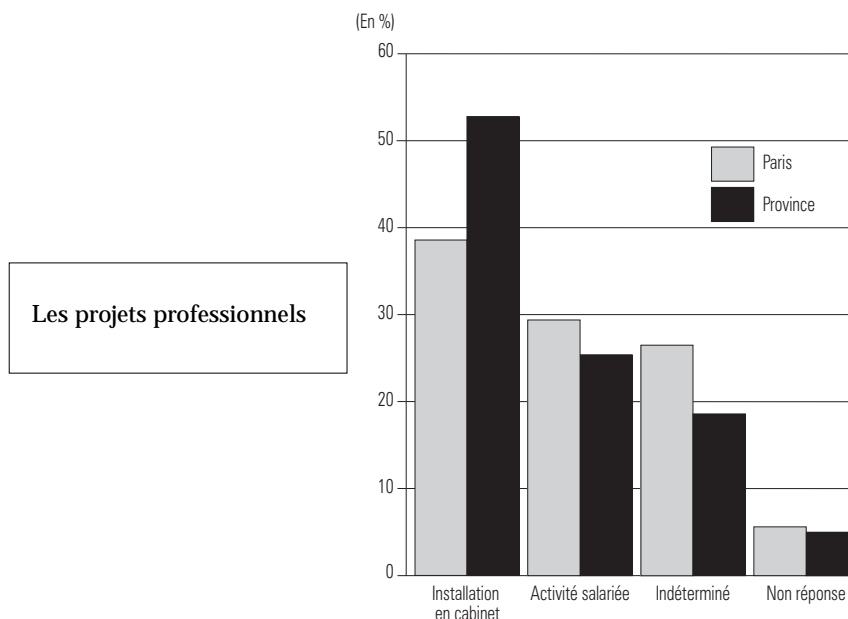
Alors que les résidents interrogés ont, pour la plupart, terminé leur formation, ils sont peu nombreux à avoir soutenu leur thèse d'exercice. Seulement 18,8% déclarent l'avoir terminée, alors que 28,6% ne l'ont pas même commencée.

La situation des résidents provinciaux est plus tranchée que celle des résidents parisiens. Ils plus nombreux soit à avoir terminé leur thèse (19,2% contre 17,2%), soit à ne l'avoir pas commencée du tout (29,3% contre 25,9%).



## Les projets professionnels

Bien que déjà sortis du système d'enseignement, les résidents interrogés ont de leur avenir proche une image assez imprécise. Si la moitié d'entre eux souhaitent s'installer en cabinet, 26,3% veulent exercer une activité salariée et près de 20% ne sont pas encore fixés ou hésitent entre plusieurs possibilités. Cette indétermination est d'autant plus curieuse que les études de médecine sont longues, ce qui laisse le temps de la réflexion, et qu'elles débouchent sur des activités professionnelles relativement bien circonscrites. Faut-il voir dans ces résultats une crainte liée aux difficultés croissantes d'installation que connaissent les jeunes médecins ou une indétermination due à la diversification récente de l'exercice de la profession ?



En tout état de cause, les résidents parisiens ont des projets d'avenir nettement moins précis que les résidents provinciaux et ils ne sont que 38,6% à vouloir s'installer en cabinet, contre 52,8% des résidents provinciaux.

Cette situation s'explique de manière cohérente lorsqu'elle est mise en regard des résultats précédents. Les résidents provinciaux sont plus jeunes, effectuent plus rapidement leurs cursus et s'orientent plus souvent vers la médecine générale directement après le 2ème cycle, sans avoir préparé l'internat. Tout se passe comme si, en province, les étudiants étaient plus nombreux à effectuer leurs études de médecine avec l'objectif de devenir généraliste, alors qu'à Paris, les étudiants devaient plus souvent faire, au fil de leurs études, le deuil d'une carrière de spécialiste. La carrière de médecin généraliste semblerait plus attractive pour les étudiants provinciaux que parisiens.

## **Troisième cycle de Médecine générale**

---

**ANALYSE PAR SITE**

---



## Méthodologie

Les différents chapitres de cette partie sont construits sur le même plan :

- pour chaque site, une page présentant l'évolution des effectifs de résidents et les principaux résultats de l'enquête conduite auprès des résidents sortants (les inscrits en T2 en 1996-1997)
- deux pages d'analyse, établies à partir du dossier d'évaluation interne, des réponses à l'enquête auprès des résidents et, quand il y a eu expertise sur le site, des rapports des experts. Ces pages sont organisées suivant les rubriques retenues pour l'évaluation :
  - Structures et moyens
  - La formation théorique
  - La formation pratique hospitalière
  - La formation pratique extra-hospitalière
  - Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte
- une page finale, où sont récapitulés les principaux points forts et points faibles. Les appréciations sont globalisées sous forme de cotations, portées dans les cinq rubriques. Ces cotations ont été établies en suivant la grille de critères qui figure à la page suivante. Elles regroupent en un seul indice plusieurs paramètres qui sont appréciés (avec la part de subjectivité inhérente au jugement des pairs) les uns par rapport aux autres. Il s'agit de cotations comparatives, dans lesquelles 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.



## **Guide pour les 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

# Université Aix-Marseille II

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	305	274	124	177	166	161
en T2	205	179	178	115	181	174

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	35
Nombre d'inscrits en T2	181
Taux de réponse (en %)	19,3

### L'orientation vers la médecine générale

	Marseille	France
Par choix après le second cycle	28,6	42,6
Après avoir préparé l'internat	40,0	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	31,4	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Marseille	France
Jamais	68,6	70,8
En premier cycle	2,9	2,9
En second cycle	28,6	26,8
Non réponse	2,9	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

#### ... les enseignements théoriques

	Marseille	France
Intéressants	17,1	31,3
Peu intéressants	65,8	44,9
De qualité variable	17,1	19,9
Non réponse	0	3,9

#### ... les stages hospitaliers

	Marseille	France
Très formateurs	28,5	20,3
Assez formateurs	31,4	39,4
Peu formateurs	25,7	26,5
Pas du tout formateurs	8,7	8,1
Non réponse	5,7	5,8

#### ... le stage chez le praticien

	Marseille	France
Formateur	60	68,6
Pas formateur	40	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	0	4,9

### Stages en service d'urgences

	Marseille	France
Aucun	22,9	24,8
Un	25,7	37,4
Deux	14,3	13,5
Trois	11,4	4,6
Quatre	8,6	0,3
Non réponse	17,1	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Marseille	France
Non commencée	22,9	28,6
En cours	31,4	52,3
Terminée	45,7	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Marseille	France
Installation en cabinet	31,4	49,7
Activité salariée	40	26,3
Indéterminé	22,9	18,9
Non réponse	5,7	5,1



L'analyse s'appuie sur un rapport d'évaluation interne succinct (4 pages + 8 documents annexes), peu analytique et rendant très peu compte d'une démarche authentiquement évaluative, et surtout sur les compléments d'information fournis en réponse au projet de rapport d'évaluation.

## Structures et moyens

**Le Département universitaire de Médecine générale** a été créé en 1990. Il s'agit en réalité d'un département facultaire, dirigé par l'enseignant coordonnateur hospitalo-universitaire et administré par un bureau composé à parité de quatre hospitalo-universitaires, quatre praticiens hospitaliers, quatre généralistes enseignants et deux représentants des résidents (un par année). Le bureau se réunit au moins quatre fois par an pour établir le calendrier et les programmes des enseignements et pour émettre un avis sur le recrutement des maîtres de stage et des médecins généralistes enseignants.

Sous son égide, fonctionnent théoriquement six commissions techniques de travail, dont le rapport d'activité n'a pas été fourni (commission formation des enseignants et pédagogie, commission programme et contenu, commission des relations extérieures, commission budget et finances, commission initiation à la médecine générale en 1er et 2ème cycles, commission des thèses et travaux de recherche en médecine générale ; en outre, une commission de validation se réunit deux fois par an pour émettre des avis sur la validation du cursus des résidents).

Le département dispose de moyens spécifiques :

- . un local de 40 m<sup>2</sup> hébergeant le secrétariat, équipé de cinq postes informatiques, trois lignes téléphoniques et un fax, où est stocké l'ensemble des documents administratifs et pédagogiques du département ; depuis mai 1998, le Bureau de médecine générale a été implanté dans un local d'environ 500 m<sup>2</sup> regroupant tous les services de scolarité ;
- . une infrastructure administrative composée d'un SASU et de trois secrétaires, deux d'entre elles étant effectivement dédiées au résidanat, la troisième gérant en fait les douze capacités pour lesquelles la faculté dispose d'une habilitation ;
- . une ligne budgétaire propre, composée d'une dotation forfaitaire de 30 000 F et d'une dotation en heures complémentaires à hauteur de 1082 heures par an, chiffre stable depuis 1994 ;
- . un maître de conférences associé de médecine générale recruté en 1993. Il coordonne une équipe pédagogique composée de 120 enseignants généralistes et de 96 maîtres de stage.

## La formation théorique

Le volume horaire global de la formation théorique, par étudiant, n'a pas été précisé : il serait de 130 à 160 heures (à raison "d'environ 8 heures par mois" sur huit à dix mois par an).

La formation théorique est assurée de façon décentralisée au sein de 11 unités pédagogiques, dont 4 sur le site des hôpitaux de l'Assistance Publique de Marseille et 7 réparties sur les hôpitaux généraux de la subdivision.

Les activités de formation, qui ont lieu pendant l'après-midi, sont assurées exclusivement par des enseignants généralistes ; une évaluation formative est assurée, à la fin de chaque séance, dans les unités pédagogiques décentralisées.

Le contenu de la formation est discuté annuellement au sein de la commission ad hoc et proposé pour validation au bureau du département. Le programme fourni fait état de formations centrées essentiellement sur la prise en charge de symptômes ; on ne perçoit pas clairement de plan de formation dédié à la construction de compétences spécifiques en médecine générale.

Moins d'un étudiant sur cinq a répondu à l'enquête conduite par le CNE. Parmi eux, moins d'un étudiant sur cinq juge la formation théorique intéressante et deux sur trois la qualifient de peu intéressante, ce qui constitue globalement une appréciation sévère.

La validation est fondée sur l'assiduité (présence obligatoire à 75 % des séances d'enseignement). En cas d'assiduité insuffisante, un examen oral est organisé semestriellement au sein de chacune des unités pédagogiques décentralisées.

Les généralistes enseignants sont recrutés par cooptation (sans qu'il soit précisé de critères), et nommés pour une période de 3 ans renouvelable ; les équipes, issues de la formation médicale continue, sont stables depuis la création des unités pédagogiques décentralisées, en 1984. La formation des généralistes enseignants se fait par le biais de séances de formation à la communication, organisées annuellement par le département (volume non précisé).

### **La formation pratique hospitalière**

Le rapport d'évaluation interne n'abordait pas cette rubrique, pour laquelle des éléments très succincts ont été ultérieurement fournis. Il manque des informations sur la préparation de la procédure d'agrément et sur les relations avec la DRASS.

L'adéquation entre le nombre de postes et le nombre de stagiaires est assez stricte (il y a environ 3 postes de plus que de résidents).

Le responsable du département participe à la procédure de choix. Les résidents sont classés au mérite, calculé en fonction des points obtenus lors de la 1ère session de D2, D3, D4, et du nombre de semestres validés.

Il n'y a pas de maquette déterminant l'organisation du cursus hospitalier : les étudiants peuvent retourner dans le même service ou la même spécialité. Mais l'exigence d'un seul stage en CHU est respectée.

Les résidents sont assimilés à des internes dans les services du CHU comme des hôpitaux périphériques.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

Il a été décidé de n'affecter les résidents en stage chez le praticien que durant le semestre d'hiver. De ce fait, compte tenu de l'effectif de maîtres de stage disponible (il n'y a pas eu de nouveau recrutement pour la mise en place du stage de six mois), chaque résident effectue son stage chez un seul maître de stage. Quelques-uns des maîtres de stage, qualifiés de référents, ont apparemment pour vocation d'apporter une assistance à ceux de leurs collègues qui en exprimeraient le besoin.

Un livret de stage a été édité mais les informations concernant son élaboration ne sont pas fournies. L'articulation entre la phase passive et la phase active du stage fait l'objet de simples recommandations de la part du département : une évaluation est proposée à l'issue de chaque phase (passive, semi-active, active), soit à 2 mois, 4 mois, 6 mois. L'avis concernant la validation du stage est formulé par la commission de validation du 3ème cycle de médecine générale sur la base de l'assiduité du résident et d'un rapport de stage.

Il n'y a pas eu pour l'instant d'offre de stage dans les structures de soins primaires hors cabinet. Quelques expériences sont prévues pour le semestre d'hiver 1998-1999.

La mise en place du cinquième semestre semble avoir été effectuée de façon relativement directive mais, depuis lors, une démarche évaluative auprès des résidents et des maîtres de stage a été développée ; les résultats et les conséquences pédagogiques ne sont pas connus. Une formation à la maîtrise de stage de six mois a été organisée en septembre 1997.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

Aucune information n'a été fournie concernant cette rubrique.

**Points forts****Points faibles**

<p>. Des moyens satisfaisants</p>	<p>. Une faible capacité de la structure à s'auto-évaluer, que traduit l'indigence du rapport d'évaluation interne</p> <p>. L'absence totale d'implication des hospitalo-universitaires dans la formation théorique</p> <p>. Un développement très insuffisant de la sensibilisation à la médecine générale en 1er et 2ème cycles et des thèses liées à la médecine générale - que laisse supposer l'absence de toute information dans ces domaines</p>
-----------------------------------	---

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
C	D	C	C	E ?

# Université d'Amiens

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	96	98	92	81	78	42
en T2	61	78	88	69	90	50

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	17
Nombre d'inscrits en T2	90
Taux de réponse (en %)	18,9

### L'orientation vers la médecine générale

	Amiens	France
Par choix après le second cycle	76,5	42,6
Après avoir préparé l'internat	5,9	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	17,6	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Amiens	France
Jamais	70,6	70,8
En premier cycle	0	2,9
En second cycle	29,4	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

*... les enseignements théoriques*

	Amiens	France
Intéressants	23,6	31,3
Peu intéressants	58,8	44,9
De qualité variable	17,6	19,9
Non réponse	0	3,9

*... les stages hospitaliers*

	Amiens	France
Très formateurs	29,4	20,3
Assez formateurs	64,7	39,4
Peu formateurs	5,9	26,5
Pas du tout formateurs	0	8,1
Non réponse	0	5,8

*... le stage chez le praticien*

	Amiens	France
Formateur	100	68,6
Pas formateur	0	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	0	4,9

### Stages en service d'urgences

	Amiens	France
Aucun	29,4	24,8
Un	35,3	37,4
Deux	17,6	13,5
Trois	5,9	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	11,8	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Amiens	France
Non commencée	23,5	28,6
En cours	41,2	52,3
Terminée	35,3	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Amiens	France
Installation en cabinet	82,4	49,7
Activité salariée	17,6	26,3
Indéterminé	0	18,9
Non réponse	0	5,1

## Structures et moyens

**La Commission de coordination et d'évaluation du 3ème cycle de Médecine générale**, créée en octobre 1992, est constituée de 19 membres : 2 hospitalo-universitaires, 11 médecins généralistes (6 enseignants et 5 maîtres de stage), 4 praticiens hospitaliers et 2 résidents. Le président est un hospitalo-universitaire et le vice-président un généraliste enseignant. La commission se réunit une à deux fois par an.

Les moyens dont dispose cette commission "sont pratiquement inexistant".

Il n'y a pas d'emploi d'enseignant associé de médecine générale. L'équipe pédagogique repose exclusivement sur 25 généralistes enseignants. Aucun d'entre eux ne bénéficie du statut d'attaché ou de chargé d'enseignement. Leur rémunération est assurée par la faculté à partir de crédits délégués par la DRASS.

## La formation théorique

Le volume de la formation théorique est de 120 heures par étudiant, réparties sur deux années, et assurées de façon décentralisée au sein de huit pôles d'enseignement. Aucune information n'a été fournie sur les horaires des séances d'enseignement.

Les informations contenues dans le rapport d'évaluation interne comportent, d'une part, une liste d'objectifs pédagogiques répertoriés au sein de 13 chapitres faisant référence à des dimensions de l'exercice en médecine générale (la continuité, la globalité, la coordination, ...), d'autre part, les intitulés de 13 séances d'enseignement, elles-mêmes souvent subdivisées en 3 ou 4 points ; ces intitulés sont une compilation de thèmes ayant trait soit à des contenus disciplinaires, soit à des problèmes d'exercice professionnel, soit à des situations syndromiques.

Le programme est approuvé annuellement par la commission du 3ème cycle de médecine générale. Chaque pôle d'enseignement est sous la responsabilité d'un praticien hospitalier. Les enseignements sont assurés par les généralistes enseignants avec, dans les pôles périphériques, la participation de praticiens hospitaliers ; au CHU, il n'y a pas d'implication des hospitalo-universitaires. Les enseignements sont dispensés, pour partie, sous forme d'exposés théoriques et, pour partie, sous forme d'entretiens avec le groupe d'étudiants.

Parmi les 21 % d'étudiants ayant répondu au questionnaire, moins d'un sur quatre juge cette formation théorique intéressante.

La validation est fondée sur l'assiduité (les étudiants sont tenus d'assister à 75% des séances) et sur un contrôle des connaissances semestriel (cas cliniques ou questions courtes).

Les généralistes enseignants sont recrutés par le conseil de faculté et le doyen, après avis du président de la commission du 3ème cycle de médecine générale. Deux critères sont pris en compte : il faut être installé depuis au moins cinq ans et il est recommandé d'avoir participé à une formation pédagogique de l'École de Riom (ce qu'ont fait environ 80% des membres de l'équipe actuelle).

## La formation pratique hospitalière

Le coordonnateur du 3ème cycle participe à la réunion annuelle de la commission d'agrément. Les terrains de stage trop spécialisés (comme la radiologie) ont été écartés, mais sept services de chirurgie générale, polyvalente, ont été maintenus. Pour mieux préparer l'agrément, une enquête est en cours auprès des services hospitaliers ; les critères retenus sont la nature du service, l'encadrement pédagogique, l'environnement hospitalier, les activités du résident au sein du service, les activités de formation du résident.

L'adéquation serait effectuée de façon à peu près exacte.

Le choix des résidents s'effectue selon un classement prenant en compte les notes obtenues au CSCT. Aucune recommandation de cursus hospitalier n'est formulée en dehors de celle de respecter l'exigence réglementaire d'un seul stage en CHU.

Les résidents formulent une appréciation extrêmement positive sur leurs stages, puisque 94 % d'entre eux les jugent très ou assez formateurs.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

La mise en place du cinquième semestre s'avère difficile, puisque moins de la moitié de l'équivalent d'une promotion de résidents a bénéficié du stage chez le praticien à l'issue de la présente année universitaire. Sa montée en puissance semble également compromise, puisque l'effectif de maîtres de stage risque de se réduire d'un tiers lors du prochain semestre d'hiver, en raison de la démission d'anciens maîtres de stage, non compensée par le recrutement de nouveaux. Pourtant, pour préparer la mise en oeuvre de ce cinquième semestre, une enquête avait été menée auprès de tous les médecins praticiens installés dans la région, avec l'appui des Conseils de l'Ordre départementaux. Le stage est effectué chez un, deux ou trois maîtres de stage dont un coordonnateur s'il y a lieu, par périodes de deux mois.

Il n'y a pas de livret de stage. L'articulation entre la phase passive et la phase active est laissée totalement à l'appréciation du maître de stage et du résident. L'avis concernant la validation est formulé par le maître de stage coordonnateur en tenant compte de l'assiduité du stagiaire et en s'appuyant sur un rapport de stage.

Les stages en structures de soins primaires hors cabinet n'ont concerné que respectivement trois et cinq résidents durant les semestres d'hiver et d'été ; dans chaque cas, il s'agissait apparemment d'un stage à temps plein au sein de la structure durant deux mois.

Aucune formation spécifique à la maîtrise de stage n'a été organisée.

Il est mis en place une procédure d'évaluation du stage par le maître de stage et par le stagiaire, qui doivent notamment apprécier (avec une cotation) la réalisation des objectifs qu'ils ont définis pour le stage.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

Le rapport d'évaluation interne ne fournit aucune information concernant la sensibilisation à la médecine générale en 2ème cycle, la participation des résidents à des activités de formation continue, la thèse en médecine générale. Il mentionne qu'aucune activité de recherche en médecine générale n'a été développée.

Constatant ces carences, la faculté d'Amiens envisage la création d'un département de médecine générale.

**Points forts****Points faibles**

<p>. Des stages hospitaliers qui semblent appréciés par les résidents</p>	<p>. L'indigence du rapport d'évaluation interne</p> <p>. Une implication très faible des hospitalo-universitaires dans la gestion pédagogique du résidanat</p> <p>. L'absence de reconnaissance d'un statut universitaire aux généralistes enseignants</p> <p>. La fragilité du stage chez le praticien, avec un vivier restreint de maîtres de stage, non formés</p>
---	--

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
E	D	C	E	E

# Université d'Angers

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	90	89	41	46	57	46
en T2	66	57	68	44	47	57

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	24
Nombre d'inscrits en T2	47
Taux de réponse (en %)	51,1

### L'orientation vers la médecine générale

	Angers	France
Par choix après le second cycle	62,5	42,6
Après avoir préparé l'internat	8,3	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	25,0	20,7
Non réponse	4	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Angers	France
Jamais	58,3	70,8
En premier cycle	0	2,9
En second cycle	41,7	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

*... les enseignement théoriques*

	Angers	France
Intéressants	41,6	31,3
Peu intéressants	45,9	44,9
De qualité variable	8,3	19,9
Non réponse	4,2	3,9

*... les stages hospitaliers*

	Angers	France
Très formateurs	16,6	20,3
Assez formateurs	45,8	39,4
Peu formateurs	29,2	26,5
Pas du tout formateurs	8,4	8,1
Non réponse	0	5,8

*... le stage chez le praticien*

	Angers	France
Formateur	79,2	68,6
Pas formateur	12,5	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	8,3	4,9

### Stages en service d'urgences

	Angers	France
Aucun	37,5	24,8
Un	37,5	37,4
Deux	12,5	13,5
Trois	0	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	12,5	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Angers	France
Non commencée	50	28,6
En cours	16,7	52,3
Terminée	33,3	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Angers	France
Installation en cabinet	37,5	49,7
Activité salariée	37,5	26,3
Indéterminé	12,5	18,9
Non réponse	12,5	5,1



## Structures et moyens

**Le Département de Médecine générale**, créé en 1994, fait suite à la Commission de médecine générale, instaurée en 1988. Ce changement de statut répond à la volonté de la faculté d'afficher sa préoccupation à l'égard de la formation des médecins généralistes et à la décision de déléguer à la structure une autonomie fonctionnelle.

Le département est dirigé par l'enseignant coordonnateur hospitalo-universitaire, assisté du professeur associé de médecine générale, qui assure une authentique et très active co-coordination, et d'un bureau de quatre membres élus. La composition du Conseil du département traduit à la fois son ancrage institutionnel, puisque le doyen en fait partie, et la place faite à la composante généraliste, représentée par neuf membres contre quatre respectivement pour les composantes hospitalo-universitaire et hospitalière. Les résidents ne disposent que de deux sièges (un par année). La représentation des étudiants du 2<sup>ème</sup> cycle (un siège) et des associations de formation médicale continue (un siège) est une idée intéressante, sous réserve de leur participation effective. En revanche, ni la direction du CHU, ni la DRASS n'y sont formellement représentées.

Le département, qui se réunit au moins deux fois par an, dispose de moyens spécifiques :

- . des locaux comportant un bureau pour l'enseignant associé, équipé d'un poste informatique et d'un fax ;
- . une infrastructure administrative composée d'une secrétaire à temps plein disposant d'un bureau propre ;
- . une ligne budgétaire spécifique constituée de 900 heures complémentaires et d'une dotation annuelle forfaitaire de 20 000 F. L'autonomie financière du département n'est cependant pas complète puisqu'une fraction, non évaluée, de ses frais généraux de fonctionnement reste imputée au budget général de la faculté ;
- . un maître de conférences associé de médecine générale recruté en 1991 et promu professeur associé trois ans plus tard. Il anime une équipe pédagogique composée de 31 enseignants généralistes, impliqués de façon très majoritaire dans la formation théorique, et de 15 enseignants hospitalo-universitaires ou hospitaliers, surtout impliqués dans les ateliers de formation aux gestes pratiques.

## La formation théorique

Le volume de la formation théorique est de 104 heures obligatoires, par étudiant, réparties sur deux ans, de septembre à juin, et subdivisées en un module A centralisé (quatre journées continues par année) et un module B décentralisé sur 3 pôles (8 soirées par an), complétées par 21 heures facultatives d'ateliers pratiques.

La formation théorique est assurée pour partie de façon centralisée à Angers (module A - 2 groupes d'une trentaine d'étudiants) et pour partie de façon décentralisée à Angers, Laval et Le Mans (module B - groupes de 15 à 30 étudiants selon les sites). L'organisation en soirée des séances du module B constitue très clairement une adaptation aux contraintes hospitalières mais est perçue comme non satisfaisante.

Le contenu de la formation a été structuré, enrichi et adapté progressivement par un travail régulier, conduit depuis 1985 au sein de la commission, puis du département de médecine générale. Cette planification a initialement associé des enseignants généralistes et hospitalo-universitaires ; même si ces derniers n'interviennent plus aujourd'hui que dans une minorité de séances, il existe un souci marqué de rechercher une cohérence avec les enseignements du second cycle, auxquels participe le professeur associé de médecine générale.

Le programme de la formation s'appuie clairement sur la réflexion qui est menée quant aux compétences à développer chez les futurs généralistes : du fait de la dimension interdisciplinaire de ces compétences, les groupes d'étudiants sont parfois encadrés par quatre enseignants différents, et pour certains thèmes par des professionnels non médecins. Il est prévu d'articuler de façon beaucoup plus importante la formation théorique et celle reçue au cours du 5<sup>ème</sup> semestre chez le praticien.

L'enquête conduite auprès des étudiants, et à laquelle un sur deux a répondu, montre une proportion d'étudiants satisfaits par cette formation plus importante que dans le reste de la France (41,6 %) mais qui reste moindre que celle des étudiants la jugeant peu intéressante (46 %).

La validation est fondée seulement sur l'assiduité (présence obligatoire à 7 des 8 journées du module A et à 14 des 16 soirées du module B). Une certification finale fondée sur une évaluation des compétences mesurées par des ECOS (examen clinique objectif structuré) est envisagée.

Les généralistes enseignants, cooptés sur la base du volontariat, ont suivi une formation pédagogique personnelle, sous l'égide de l'École de Riom ou des structures de formation médicale continue, et participent en outre à une journée pédagogique annuelle assurée par le département.

### **La formation pratique hospitalière**

Une concertation sincère et continue depuis plusieurs années entre la faculté, la DRASS et la direction des hôpitaux, ainsi qu'une implication personnelle de l'enseignant coordonnateur ont permis jusqu'à présent une gestion assez rigoureuse et cohérente des terrains de stage hospitaliers : adéquation stricte de l'offre de stages au nombre de résidents à répartir, qualité de l'encadrement annoncé évaluée semestriellement par un questionnaire auprès des étudiants, exclusion de la plupart des terrains de stage manifestement inadaptes à la formation à la médecine générale. Globalement, l'offre de stages en pédiatrie et gynécologie reste déficitaire. Les contraintes nouvelles (conséquences du 5ème semestre, réduction du nombre de résidents et par contre coup augmentation de leur charge de travail) font craindre une certaine déstabilisation du dispositif.

Le cursus reste libre, mais les étudiants ne peuvent effectuer plus de deux stages dans le même service ou la même spécialité.

Le responsable du département de médecine générale est présent lors du choix des résidents, qui sont classés en fonction de l'ensemble des notes obtenues durant le 2ème cycle.

Les fonctions des résidents et des internes DES sont identiques, y compris pour les activités de garde.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

Un effort très important de recrutement de nouveaux maîtres de stage est en cours. Il devrait permettre d'affecter au moins deux fois plus de résidents en stage chez le praticien durant le semestre d'hiver que durant le semestre d'été, au profit d'une réduction des variations de l'effectif des résidents dans les services hospitaliers. La maquette très majoritairement adoptée est celle d'un stage chez trois maîtres de stage différents, dont un maître de stage coordonnateur, avec une rotation par périodes de deux à trois jours.

Il existe un livret de stage dont la préparation, échelonnée sur plusieurs années, a associé l'ensemble des maîtres de stage et qui est centré sur le développement des compétences du médecin généraliste. L'articulation entre la phase passive et la phase active fait l'objet de recommandations du département. L'avis concernant la validation du stage est formulé par les coordonnateurs du département, après recueil de l'avis des maîtres de stage et sur la base d'un rapport de stage.

Une formation spécifique et graduée des maîtres de stage est en place depuis deux ans. Elle a concerné au moins les 3/4 des maîtres de stage.

Une offre de stages en structures de soins primaires hors cabinet a pu être mise en place pour tous les résidents dès le semestre d'hiver 1997-1998, à hauteur d'une vingtaine de demi-journées par résident stagiaire.

Les résidents ont été associés à la préparation et au suivi évolutif du stage chez le praticien. La mise en place de ce cinquième semestre a d'ores et déjà conduit à replanifier une partie de l'enseignement théorique qui est désormais intégrée au stage dans un souci de cohérence et de complémentarité des deux volets de la formation.

### Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte

Une sensibilisation à la médecine générale est organisée en deuxième cycle ; elle confronte tout étudiant à au moins deux rencontres avec un médecin généraliste sur le site de ses stages hospitaliers et lui offre la possibilité d'un stage de sensibilisation de trois demi-journées chez l'un des médecins généralistes rencontrés. Un séminaire thématique consacré à la médecine générale est prévu à partir de la rentrée prochaine (1/2 journée respectivement en DCEM 2, 3 et 4).

Une quarantaine de thèses, dont une quinzaine dirigées par un médecin généraliste, ont été soutenues depuis 1992 sur un sujet ayant trait en tout ou partie à une problématique de médecine générale ; trois d'entre elles ont été primées au niveau national. Un atelier de préparation à la thèse est systématiquement proposé aux résidents depuis un an ; néanmoins, parmi les étudiants qui ont répondu à l'enquête, la moitié n'ont pas commencé leur thèse à la fin du 3ème cycle.

Jusqu'à présent, les tentatives d'établir des passerelles entre formation initiale et formation continue ont échoué, mais la création d'un département de FMC en juin 1997 pourrait faire évoluer cette situation.

#### Points forts

#### Points faibles

<ul style="list-style-type: none"> <li>. Une implication personnelle forte et très complémentaire des deux co-coordonateurs du Département de Médecine générale</li> <li>. La qualité de la réflexion sur les compétences attendues en médecine générale, d'où découle un plan de formation très cohérent</li> <li>. Une réflexion intéressante sur l'articulation entre le stage chez le praticien et la formation théorique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Des moyens pédagogiques encore limités par rapport au potentiel d'action du département, même si une fraction de son budget est, de fait, non évaluée</li> </ul>
--	---

#### Cotations

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
B	B	B	B	B

# Université des Antilles - Guyane

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	73	75	29	32	34	34
en T2	72	67	74	89	57	75

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	6
Nombre d'inscrits en T2	57
Taux de réponse (en %)	10,5

Compte tenu du faible nombre de réponses, les résultats sont à considérer avec prudence.

### L'orientation vers la médecine générale

	Ant. Guyane	France
Par choix après le second cycle	33,3	42,6
Après avoir préparé l'internat	33,3	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	33,3	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Ant. Guyane	France
Jamais	83,3	70,8
En premier cycle	0	2,9
En second cycle	16,7	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

#### ... les enseignements théoriques

	Ant. Guyane	France
Intéressants	50,0	31,3
Peu intéressants	50,0	44,9
De qualité variable	0	19,9
Non réponse	0	3,9

#### ... les stages hospitaliers

	Ant. Guyane	France
Très formateurs	50	20,3
Assez formateurs	33,3	39,4
Peu formateurs	0	26,5
Pas du tout formateurs	16,7	8,1
Non réponse	0	5,8

#### ... le stage chez le praticien

	Ant. Guyane	France
Formateur	83,3	68,6
Pas formateur	16,7	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	0	4,9

### Stages en service d'urgences

	Ant. Guyane	France
Aucun	33,3	24,8
Un	66,7	37,4
Deux	0	13,5
Trois	0	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	0	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Ant. Guyane	France
Non commencée	66,7	28,6
En cours	33,3	52,3
Terminée	0	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Ant. Guyane	France
Installation en cabinet	33,3	49,7
Activité salariée	16,7	26,3
Indéterminé	50	18,9
Non réponse	0	5,1

## Structures et moyens

La Faculté des Sciences médicales des Antilles et de la Guyane assurant exclusivement l'enseignement du troisième cycle, on peut estimer qu'elle s'assimile en l'occurrence à une commission du troisième cycle de médecine générale. Cette UFR, qui est constituée actuellement de 11 PU-PH et d'un MCU-PH, ne dispose pas d'enseignant associé de médecine générale ni de généraliste enseignant au sens statutaire du terme. Le personnel administratif concerné est celui de l'UFR, dont le siège administratif est à Pointe-à-Pitre. Aucune précision n'est apportée quant aux moyens budgétaires mis à disposition de cet enseignement.

La gestion du troisième cycle et l'organisation des formations théorique et pratique sont par ailleurs soutenues par l'université Bordeaux II dans le cadre d'une convention signée depuis 1985, c'est-à-dire au moment de la création de l'UFR des Antilles-Guyane, et réactualisée en 1997.

## La formation théorique

Elle est de 160 heures par étudiant, réparties sur les deux années, sous la forme d'enseignements dirigés de trois heures, organisés l'après-midi. Les enseignements ont lieu dans chacun des sites hospitaliers (Pointe-à-Pitre, Fort-de-France, Cayenne et Saint-Laurent-du-Maroni), dans des salles mises à disposition par les hôpitaux avec le matériel audiovisuel habituel.

Le contenu pédagogique est classique : urgences, toxicomanie, situations fréquentes en médecine générale, vie professionnelle, pathologies spécifiques locales avec, par ailleurs, des questions d'actualité ou de santé publique.

Les enseignements sont assurés par les hospitalo-universitaires et les praticiens hospitaliers des établissements, par des médecins généralistes ainsi que par des PU-PH de Bordeaux II venant en mission (quatre fois par an). Il semble que la participation des médecins généralistes se réduise aux thèmes consacrés à la vie professionnelle et qu'ils n'interviennent jamais seuls ; aucune information n'a été fournie quant aux heures complémentaires qui leur seraient éventuellement versées. Les méthodes pédagogiques employées restent traditionnelles et peu interactives.

La validation est fondée sur l'assiduité, deux absences seulement étant autorisées.

## La formation pratique hospitalière

Les terrains de stage sont agréés par une commission d'agrément à laquelle participe un hospitalo-universitaire de Bordeaux II. Certaines spécialités, notamment chirurgicales, considérées comme trop techniques, sont écartées, de même que les services dirigés par un praticien à temps partiel et les services de moyen et long séjour.

L'affectation des résidents se fait après une mise en adéquation à 10 % près du nombre de postes et du nombre d'étudiants.

Le cursus des étudiants est libre, mais ils ne sont pas autorisés à choisir une deuxième fois un même service.

Les résidents ont, en règle générale, les mêmes responsabilités que les internes de spécialités et participent par ailleurs aux tours de gardes. Leur charge de travail est *a priori* plus importante que celle des résidents affectés en métropole.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

La mise en place du stage de longue durée chez le praticien n'a débuté qu'à partir du semestre d'été 1998 ; elle a concerné 16 résidents stagiaires. Le stage est effectué chez deux maîtres de stage dont un coordonnateur.

Il ne semble pas y avoir de livret de stage de nature pédagogique, mais simplement un carnet de stage à visée administrative. L'articulation entre la phase passive et la phase active est laissée à l'appréciation du maître de stage et du résident. La validation est formulée par une commission de validation, sur la base d'un rapport de stage.

Les maîtres de stage actuellement disponibles n'ont pas bénéficié jusqu'à présent de formation spécifique.

L'offre de stages en structures de soins hors cabinet n'a toujours pas été organisée.

D'une façon générale, la démarche évaluative nécessaire au suivi du stage reste à mettre en place.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

Les étudiants provenant de toutes les facultés métropolitaines, l'UFR des Antilles-Guyane n'est évidemment pas concernée par la sensibilisation à la médecine générale en deuxième cycle.

Il existe un enseignement dirigé de trois heures de "préparation à la thèse". Aucune thèse n'a été réalisée jusqu'ici sous la direction d'un médecin généraliste.

Les résidents sont informés des séances de formation médicale continue destinées aux médecins libéraux, et invités à y participer, mais il n'y a pas d'obligation de présence ni de vérification de leur participation.

**Points forts****Points faibles**

<ul style="list-style-type: none"> <li>. Une bonne collaboration avec l'université Bordeaux II</li> <li>. La découverte, pour les résidents métropolitains, de cultures et de pathologies différentes</li> <li>. Des stages hospitaliers très formateurs dans leur ensemble</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Une participation très insuffisante des médecins généralistes à l'enseignement théorique et à l'encadrement des thèses</li> <li>. Une préparation pédagogique encore insuffisante du stage chez le praticien (pas de livret de stage ni de formation des maîtres de stage)</li> </ul>
--	--

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
-	D	B	D	-

Dans ce cas particulier, où la structuration de l'UFR et la gestion du résidanat diffèrent beaucoup de ce qu'elles sont dans les autres sites, il n'a pas été mis de cotation pour la rubrique "Structures et moyens", ni pour la rubrique "Le 3ème cycle dans son contexte".

# Université de Besançon

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	74	86	82	63	65	59
en T2	63	54	65	77	75	65

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	15
Nombre d'inscrits en T2	75
Taux de réponse (en %)	20

### L'orientation vers la médecine générale

	Besançon	France
Par choix après le second cycle	33,3	42,6
Après avoir préparé l'internat	20,0	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	46,7	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Besançon	France
Jamais	93,3	70,8
En premier cycle	0	2,9
En second cycle	6,7	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

*... les enseignements théoriques*

	Besançon	France
Intéressants	13,3	31,3
Peu intéressants	46,7	44,9
De qualité variable	26,7	19,9
Non réponse	13,3	3,9

*... les stages hospitaliers*

	Besançon	France
Très formateurs	13,3	20,3
Assez formateurs	40	39,4
Peu formateurs	33,4	26,5
Pas du tout formateurs	13,3	8,1
Non réponse	0	5,8

*... le stage chez le praticien*

	Besançon	France
Formateur	80,0	68,6
Pas formateur	6,7	24,9
Variable	6,7	1,6
Non réponse	6,7	4,9

### Stages en service d'urgences

	Besançon	France
Aucun	13,3	24,8
Un	33,3	37,4
Deux	20	13,5
Trois	6,7	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	26,7	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Besançon	France
Non commencée	33,3	28,6
En cours	40	52,3
Terminée	26,7	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Besançon	France
Installation en cabinet	46,7	49,7
Activité salariée	40	26,3
Indéterminé	13,3	18,9
Non réponse	0	5,1



Le rapport d'évaluation interne, qui se réduit à trois pages, accompagnées de quelques annexes, ne comporte aucune analyse. Il semblerait que des modifications importantes soient intervenues entre janvier et juillet 1998 : en effet, le doyen propose d'importantes corrections concernant la composition de la commission et les moyens dont elle dispose - mais sans joindre d'explication ni de document plus détaillé à l'appui.

### Structures et moyens

**La Commission de coordination et d'évaluation du troisième cycle de Médecine générale**, créée en 1988, est actuellement présidée par un enseignant associé de médecine générale ; le vice-président est un hospitalo-universitaire. La commission, qui jusque-là respectait la parité réglementaire, comporte, outre le doyen de la faculté, cinq hospitalo-universitaires, sept praticiens hospitaliers, l'enseignant associé et neuf médecins généralistes (dont sept sont coordonnateurs de la formation dans les centres délocalisés répartis en Franche-Comté), ainsi que deux résidents. Cette commission se réunit deux fois par an pour donner son avis sur les terrains de stage hospitaliers, les agréments des maîtres de stage et la validation des étudiants.

La commission dispose de moyens limités :

- . un bureau pour l'enseignant associé et une à deux salles de cours par centre pédagogique ;
- . deux mi-temps de secrétariat ;
- . une subvention de fonctionnement de 10 000 F allouée par la faculté, qui prend par ailleurs en charge les dépenses annexes (courrier, téléphone, etc.) et une dotation de 550 heures complémentaires, stable depuis 1995-1996 ;
- . un maître de conférences associé nommé en 1992. Il est entouré d'une équipe de 60 généralistes enseignants et 75 maîtres de stage, dont 48 pour le stage à plein temps de six mois.

### La formation théorique

Le volume de la formation est de 140 heures par étudiant, réparties sur quatre semestres.

Les enseignements théoriques sont délivrés dans sept centres pédagogiques (Pontarlier, Montbéliard, Lons-le-Saunier, Dole, Vesoul, Belfort et Besançon), pour un volume total de 550 heures par an. Ils sont organisés sous la forme de cours ou d'ateliers pédagogiques de trois heures, dispensés l'après-midi.

Le rapport d'évaluation interne n'indique pas le programme des enseignements : il donne seulement l'intitulé des séances. Le guide du résident, très succinct, ne fournit aucune information sur la formation théorique, ni quant à son contenu, ni quant à son organisation.

Les enseignements sont assurés par des praticiens hospitaliers et des généralistes enseignants, ainsi que certains professionnels. Les hospitalo-universitaires n'interviennent qu'à Besançon. L'enseignement se fait le plus souvent en binôme, l'intervenant principal étant un généraliste.

La validation est fondée sur l'assiduité, avec 75 % de présence obligatoire.

### La formation pratique hospitalière

Le rapport d'évaluation interne indique que la Commission de médecine générale fait part de son avis sur les stages à la commission d'agrément, en se fondant sur les objectifs pédagogiques et les activités de chaque service. Néanmoins, on constate que la liste des services agréés pour la médecine générale comprend des services de chirurgie du CHU, des services de psychiatrie d'hôpital spécialisé et des services de long séjour.

Une adéquation poste par poste est réalisée. Le maître de conférences associé participe à la commission d'adéquation.

Le choix des stages se fait en fonction des notes des certificats pour le premier semestre ; ensuite, des groupes sont constitués par tirage au sort d'une lettre, et ils tournent à chaque semestre, en tenant compte de l'ancienneté. Le responsable de la Commission est présent au moment du choix.

Le cursus est totalement libre pour les résidents.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

Un effort significatif de recrutement de maîtres de stage semble avoir été effectué. Pour l'instant, un effectif relativement constant de 25 à 30 résidents est affecté en stage chez le praticien, que ce soit durant le semestre d'hiver ou le semestre d'été, ce qui entraîne probablement certaines contraintes au niveau du fonctionnement des hôpitaux de la subdivision. Le stage peut être effectué chez un, deux ou trois maîtres de stage. En cas de binôme ou trinôme, il y a un maître de stage référent.

Il existe un livret de stage. L'articulation entre la phase passive et la phase active est laissée totalement à l'appréciation du maître de stage et du résident. L'avis concernant la validation du stage est formulé par la commission de médecine générale sur la base d'une fiche d'évaluation remplie par chaque maître de stage.

Une formation spécifique d'une journée à la maîtrise de stage est organisée depuis plusieurs années et a concerné au total environ 90 % des maîtres de stage.

L'offre de stages en structures hors cabinet, très restreinte durant le premier semestre d'hiver, a été systématiquement proposée à tous les résidents depuis l'actuel semestre d'été, à raison de six demi-journées par stagiaire. Elle se diversifie progressivement.

Des enquêtes ont été conduites respectivement auprès des stagiaires et des maîtres de stage : le taux de satisfaction des stagiaires est important. Des retombées pédagogiques ont d'ores et déjà été enregistrées : interactions beaucoup plus grandes entre formateurs et résidents durant les enseignements théoriques grâce à l'implication des étudiants en stage, demandes plus fréquentes d'un sujet de thèse en médecine générale.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

La sensibilisation à la médecine générale consiste en trois heures de cours en P1, un certificat optionnel de dix heures en P2 avec deux demi-journées de stage, et une heure de cours au CSCT.

Trois à quatre thèses en moyenne sont soutenues chaque année sur un thème de médecine générale avec un médecin généraliste comme directeur de thèse ou membre du jury. Il est organisé une séance d'enseignement d'initiation bibliographique à la thèse.

Une enquête sur la formation théorique et pratique a été réalisée en 1997 auprès des résidents de Besançon (10 T1 et 10 T2 ont répondu) : il en ressort qu'un certain nombre de gestes techniques en médecine générale ne sont pas acquis (notamment les gestes d'urgence) et que les connaissances administratives sont insuffisantes.

Actuellement, il n'y a pas de lien avec la formation médicale continue. Mais le projet de création d'un département de médecine générale, qui doit être présenté à la faculté en septembre 1998, prévoit une articulation avec la formation médicale continue.

**Points forts****Points faibles**

<ul style="list-style-type: none"> <li>. Une bonne implication du responsable du 3ème cycle à la commission d'agrément, à la commission d'adéquation et au choix des étudiants</li> <li>. Une adéquation poste par poste pour les stages hospitaliers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. L'absence de participation des résidents à la commission du 3ème cycle de médecine générale</li> <li>. L'insuffisance des moyens alloués à la commission</li> <li>. L'agrément de services hospitaliers trop spécialisés pour de futurs généralistes (chirurgie, psychiatrie, etc.)</li> <li>. La faiblesse de la sensibilisation à la médecine générale en 1er et 2ème cycles</li> </ul>
--	--

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
D	C	D	B	D

# Université Bordeaux II

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	254	219	164	147	154	168
en T2	231	216	200	186	180	191

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	45
Nombre d'inscrits en T2	180
Taux de réponse (en %)	25

### L'orientation vers la médecine générale

	Bordeaux	France
Par choix après le second cycle	46,7	42,6
Après avoir préparé l'internat	28,9	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	17,8	20,7
Non réponse	6,7	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Bordeaux	France
Jamais	44,4	70,8
En premier cycle	6,7	2,9
En second cycle	51,1	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

#### ... les enseignement théoriques

	Bordeaux	France
Intéressants	15,6	31,3
Peu intéressants	62,2	44,9
De qualité variable	22,2	19,9
Non réponse	0	3,9

#### ... les stages hospitaliers

	Bordeaux	France
Très formateurs	13,3	20,3
Assez formateurs	48,9	39,4
Peu formateurs	26,7	26,5
Pas du tout formateurs	8,9	8,1
Non réponse	2,2	5,8

#### ... le stage chez le praticien

	Bordeaux	France
Formateur	64,5	68,6
Pas formateur	33,3	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	2,2	4,9

### Stages en service d'urgences

	Bordeaux	France
Aucun	15,6	24,8
Un	66,7	37,4
Deux	4,4	13,5
Trois	0	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	13,3	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Bordeaux	France
Non commencée	22,2	28,6
En cours	60	52,3
Terminée	17,8	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Bordeaux	France
Installation en cabinet	68,9	49,7
Activité salariée	15,5	26,3
Indéterminé	6,7	18,9
Non réponse	8,9	5,1

## Structures et moyens

**Le Département de Médecine générale**, dont les statuts ont été approuvés par le Conseil d'administration de l'université en mars 1998, est un authentique département universitaire, répondant à l'article 25 de la loi du 26 janvier 1984. Il succède au Département du 3ème cycle de médecine praticienne, créé en 1977 : cette évolution a confirmé l'autonomie du département vis-à-vis des trois UFR médicales et la volonté de l'université d'afficher son engagement dans la formation des généralistes. Ce dispositif, unique en France, n'a pu être mis en place qu'en raison de la dominante Santé de Bordeaux II.

Le département est présidé par le président de l'université, dirigé par un hospitalo-universitaire nommé par ce dernier, et administré par un conseil de gestion d'une trentaine de membres représentant, de façon paritaire, les composantes hospitalo-universitaire, généraliste, hospitalière non universitaire, étudiante et administrative. Le conseil se réunit au moins une fois par an en séance plénière. Le directeur du département est assisté par un bureau et bénéficie, depuis 1991, de l'aide de trois commissions techniques (pour la pédagogie, le 2ème cycle, la documentation et la recherche). Le département est prolongé par dix commissions pédagogiques locales, qui constituent des relais dans les différents pôles hospitaliers .

Le département dispose de moyens spécifiques, cohérents avec son statut et avec ses missions :

- . les locaux (60 m<sup>2</sup>) consistent en quatre bureaux, équipés de postes informatiques, et une pièce de documentation. Depuis 1996, le département dispose, pour l'organisation de visioconférences, d'un matériel de télé-enseignement, cofinancé par le Conseil régional, l'université et le centre hospitalier de la Côte Basque ;
- . le budget du département est autonome et composé du reversement de la moitié des droits d'inscription, soit 145 000 F, d'une subvention annuelle de 25 000 F et d'une dotation de 1500 heures complémentaires ;
- . l'infrastructure administrative réunit un responsable administratif à 70 %, deux secrétaires respectivement à 80 % et à 100 %, un CES à mi-temps, et elle a pu s'adapter aux nouvelles contraintes réglementaires (un agent administratif supplémentaire depuis 1997-1998) ;
- . le professeur associé de médecine générale, nommé en octobre 1991, a cessé ses fonctions en septembre 1997, mais deux maîtres de conférences associés ont été recrutés en 1996 et en 1998. L'équipe pédagogique est composée de 25 chargés d'enseignement, dont 20 généralistes enseignants et 5 praticiens hospitaliers.

## La formation théorique

Le volume de la formation est de 100 heures par étudiant, réparties en six modules sur quatre semestres, sous forme de séances de 2 heures l'après-midi ou en soirée, toutes décentralisées au sein de la dizaine de commissions pédagogiques locales.

Les enseignements se déroulent dans les locaux hospitaliers. Trois modules sont organisés en 1ère année, deux en 2ème année ; celui consacré à la médecine du sport est planifié lors du stage en CHU. Le contenu suit une progression classique : situations d'urgence et gestes techniques, exercice professionnel, situations fréquentes en pathologie, situations fréquentes sur le plan de la prescription et du suivi, santé publique. Les séances sont organisées pour des groupes de 15 à 20 étudiants, par des binômes ou des trinômes d'enseignants, composés soit exclusivement d'enseignants hospitaliers ou hospitalo-universitaires, soit exclusivement de généralistes enseignants, soit de groupes mixtes.

La validation repose sur l'assiduité (présence à 80 % des enseignements exigée) et sur un examen oral obligatoire, mis en place en 1996.

Les étudiants qui ont répondu à l'enquête portent, sur les enseignements, une appréciation qui paraît relativement sévère compte tenu de l'ampleur des moyens mis en œuvre.

Les généralistes enseignants sont cooptés par le département sur la base d'une expérience et d'une insertion professionnelles attestées par leurs pairs, ainsi que par leur participation à la formation médicale continue. Ils reçoivent une formation pédagogique, initialement assurée par l'École de Riom et, depuis 1992, par le Centre de recherche appliquée en méthodes éducatives de l'université. La formation dispensée par

cette structure paraît plutôt technologique, centrée davantage sur la fabrication des supports didactiques que sur une réflexion concernant la dynamique enseignement - apprentissage.

Depuis quatre ans, un "espace médecine générale" a été créé au sein de la bibliothèque universitaire, avec des dossiers pédagogiques spécifiques mis à disposition des généralistes enseignants pour la préparation de leurs cours (les sommaires de ces dossiers sont disponibles depuis cette année sur Internet).

### **La formation pratique hospitalière**

L'ensemble des procédures régissant l'organisation de la formation pratique hospitalière est très bien structuré et codifié :

. c'est le cas de la procédure d'agrément et de la procédure de répartition des postes, qui témoignent d'une très étroite et ancienne collaboration entre la DRASS d'Aquitaine, le CHU de Bordeaux et l'université. Ceci permet une adéquation stricte, à l'unité près, entre le nombre d'étudiants et le nombre de postes de stage proposés, respectant l'affectation d'un quart des résidents sur le site du CHU de Bordeaux ou des établissements apparentés. Une convention, signée à titre expérimental en 1994, a accordé l'équivalence d'un stage effectué en CHU au centre hospitalier de la Côte Basque, pour des étudiants qui y effectuent la totalité de leur cursus ; en contrepartie, ces étudiants bénéficient d'un curriculum de formation très précisément codifié, ainsi que d'un télé-enseignement ;

. c'est le cas également des modalités originales de choix des résidents, qui permettent aux étudiants de gérer leur cursus hospitalier en tenant compte de critères personnels et familiaux. Des dispositions particulières sont réservées aux élèves de l'École de santé des armées.

Il n'y a pas de maquette formalisée, mais les résidents ne sont pas autorisés à effectuer de façon consécutive deux stages dans le même service et ils ne peuvent pas effectuer plus d'un stage dans un service d'urgences.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

L'existence, dès le début de la mise en œuvre du cinquième semestre, d'un vivier important de maîtres de stage autorise à prévoir d'affecter, dès cette année, environ trois fois plus de résidents en stage chez le praticien durant le semestre d'hiver que durant le semestre d'été. La politique de recrutement de maîtres de stage supplémentaires est néanmoins poursuivie, sur la base d'une formation spécifique organisée sous l'égide du Centre de recherche appliquée en méthodes éducatives de l'université. La maquette générale du stage prévoit l'affectation du stagiaire, habituellement par périodes d'une semaine ou plus exceptionnellement d'un mois, chez deux ou trois maîtres de stage coordonnés par l'un d'entre eux.

Il n'y a pas de livret de stage. L'articulation entre la phase passive et la phase active résulte d'une évaluation de gré à gré entre le maître de stage et le résident sur la base de recommandations formulées par le département. La validation du stage est prononcée par le directeur du département, par délégation des doyens des trois UFR médicales, sur la base d'une fiche d'évaluation des compétences du stagiaire, d'un rapport de ce dernier et d'un rapport des maîtres de stage.

Dans le semestre d'hiver, 35 résidents ont bénéficié de 6 demi-journées de stage auprès des Caisses d'assurance maladie ; l'offre de stage hors cabinet devrait être beaucoup plus diversifiée dès l'été 1998.

La préparation, le suivi et le bilan de la mise en œuvre du cinquième semestre ont été effectués grâce à des réunions systématiques de tous les acteurs.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

La sensibilisation à la médecine générale a fait l'objet d'un gros effort depuis 1988, avec la mise en place de rencontres hebdomadaires, sur les lieux de stage hospitalier, entre les étudiants et des médecins généralistes (ces interventions d'une vingtaine de praticiens sont couvertes par 450 heures

complémentaires). L'objectif de ces rencontres est de présenter le généraliste parmi les modèles d'identification possible et de faire connaître aux étudiants le contexte de la médecine ambulatoire. Il est prévu qu'elles soient progressivement remplacées par les séminaires de médecine générale.

Sur les cinq dernières années, une cinquantaine de thèses sur un thème ou une pratique en rapport avec la médecine générale ont été soutenues, dont une vingtaine dirigées par un généraliste enseignant. Chaque année, un séminaire de préparation à la thèse, d'une journée, est organisé pour les étudiants en fin de cursus.

Il existe une synergie étroite entre le département de médecine générale, le Collège des généralistes enseignants d'Aquitaine, le réseau des Médecins sentinelles et l'Institut de santé publique de l'université, ce dernier s'appuyant sur l'unité INSERM 330 d'Épidémiologie : des études épidémiologiques sont ainsi régulièrement réalisées par les praticiens et il arrive que les étudiants y soient associés.

La collaboration, pourtant étroite, avec le département de formation médicale continue ne se traduit pas d'une manière significative dans la formation des résidents.

### Points forts

### Points faibles

<ul style="list-style-type: none"> <li>. Une très forte légitimité institutionnelle du 3ème cycle de médecine générale, traduite par un dispositif statutaire unique en France</li> <li>. Des moyens humains et matériels importants, en cohérence avec les missions du département</li> <li>. Une politique de coopération très ancienne et de grande efficacité entre l'université, la DRASS et les directions hospitalières</li> <li>. Une recherche épidémiologique en médecine générale développée grâce à un partenariat en réseau</li> <li>. La qualité des informations délivrées aux résidents sur l'organisation de leur formation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Une réflexion pédagogique concernant le développement de la compétence professionnelle en médecine générale relativement conventionnelle</li> <li>. L'absence de livret de stage pour le stage chez le praticien</li> </ul>
---	--

### Cotations

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
A	B	A	C	B

# Université de Brest

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	76	74	48	44	46	41
en T2	58	67	63	47	45	49

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	29
Nombre d'inscrits en T2	45
Taux de réponse (en %)	64,4

### L'orientation vers la médecine générale

	Brest	France
Par choix après le second cycle	62,1	42,6
Après avoir préparé l'internat	17,2	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	20,7	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Brest	France
Jamais	89,7	70,8
En premier cycle	3,4	2,9
En second cycle	6,9	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

*... les enseignements théoriques*

	Brest	France
Intéressants	20,7	31,3
Peu intéressants	48,3	44,9
De qualité variable	27,6	19,9
Non réponse	3,4	3,9

*... les stages hospitaliers*

	Brest	France
Très formateurs	13,8	20,3
Assez formateurs	41,4	39,4
Peu formateurs	41,4	26,5
Pas du tout formateurs	3,4	8,1
Non réponse	0	5,8

*... le stage chez le praticien*

	Brest	France
Formateur	79,3	68,6
Pas formateur	17,3	24,9
Variable	3	1,6
Non réponse	0	4,9

### Stages en service d'urgences

	Brest	France
Aucun	27,6	24,8
Un	48,3	37,4
Deux	10,3	13,5
Trois	0	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	13,8	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Brest	France
Non commencée	44,8	28,6
En cours	48,3	52,3
Terminée	6,9	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Brest	France
Installation en cabinet	62,1	49,7
Activité salariée	10,3	26,3
Indéterminé	24,2	18,9
Non réponse	3,4	5,1



## Structures et moyens

**Le Département de Médecine générale** a succédé en janvier 1998 à la Commission du troisième cycle de Médecine générale, créée en 1984 et qui intervenait déjà dans le 2ème cycle. Il rassemble de façon paritaire des hospitalo-universitaires, des praticiens hospitaliers, des généralistes enseignants et des résidents. Le directeur du département est l'enseignant associé de médecine générale ; il est assisté par deux directeurs adjoints (le coordonnateur hospitalo-universitaire et un praticien hospitalier).

La commission a été dotée de moyens propres à partir de 1993 :

- . elle s'est installée récemment dans de nouveaux locaux où sont aussi regroupés le département universitaire de formation continue des Sciences de la santé, le département des Sciences humaines et sociales, et l'antenne facultaire du service universitaire des relations internationales ;
- . en matière de secrétariat, la commission ne dispose que d'une dactylo à temps partiel ; la gestion administrative du résidanat reste assurée par des agents du service central de scolarité ;
- . un budget de 30 KF assure les dépenses de fonctionnement. Il est complété par 100 KF environ pour le paiement des heures complémentaires ;
- . un maître de conférences associé de médecine générale a été recruté en 1996. L'équipe pédagogique comprend six généralistes chargés d'enseignement et sept attachés d'enseignement (dont deux généralistes), ainsi que quatre hospitalo-universitaires.

## La formation théorique

Le volume de la formation théorique est de 84 heures par étudiant, réparties sur deux ans sous forme d'une journée (9h - 17h30) par mois, soit 6 jeudis, de décembre à mai.

La formation théorique est recentrée, depuis 1988, à la faculté de médecine ; elle était auparavant décentralisée sur quatre pôles (Brest, Quimper, Lannion et Morlaix). D'abord regroupée le samedi, elle est maintenant assurée le jeudi, avec un dédoublement en deux groupes (T1 et T2) qui permet d'alléger la contrainte que cette organisation fait peser sur les services hospitaliers.

Le contenu et les méthodes pédagogiques ont fait l'objet d'une réflexion très approfondie, qui s'inscrit dans une vaste réforme pédagogique entreprise par la faculté. La formule des travaux dirigés classiques a été abandonnée au profit d'un enseignement contextualisé, qui vise à aborder d'authentiques problèmes de santé, dans leur globalité et leur complexité. Les groupes d'étudiants, placés en situation d'analyse et de résolution de problèmes, sont "tutorés" par un généraliste. La planification des enseignements est assurée par un groupe de généralistes, qui sollicite, avant la séance, la collaboration de personnes-ressources, dont des hospitalo-universitaires, des praticiens hospitaliers et, le cas échéant, des professionnels non médecins. Les enseignants ont été formés à cette démarche par des séminaires de pédagogie médicale et l'enseignant associé a participé à une École d'été internationale de pédagogie universitaire organisée par l'université de Sherbrooke (Québec).

La validation est fondée sur l'assiduité ; une réflexion est en cours pour introduire une évaluation certificative de type "portfolio", avec l'objectif de faire démontrer par l'étudiant sa capacité d'auto-évaluation et d'auto-direction. De même, les questionnaires qui sont utilisés pour l'évaluation des enseignements visent à faire réfléchir les étudiants sur la nature et la qualité des apprentissages effectués.

## La formation pratique hospitalière

A partir de 1991, la commission du 3ème cycle de médecine générale a mis en place une évaluation de l'ensemble des terrains de stage, en amont de la commission d'agrément, afin de préciser la qualité de l'encadrement et le projet pédagogique de chaque service, en tenant compte du contexte médical et professionnel de l'hôpital. Il en est résulté la suppression de plusieurs terrains de stage, notamment dans de petits sites. Cette démarche a pu aboutir grâce à une concertation étroite avec la DRASS et le CHU.

L'adéquation exacte, posée comme objectif, n'a jamais pu être atteinte. L'affectation d'un quart de l'effectif dans des postes "strictement CHU" n'a pas toujours pu être réalisée. Il existe quelques décalages ponctuels entre les besoins hospitaliers et les nécessités de formation.

Le coordonnateur du troisième cycle de médecine générale et le maître de conférences associé participent au choix des résidents qui sont classés par ancienneté et en fonction de leurs notes au CSCT.

Il n'y a pas de maquette codifiée, mais les résidents ne peuvent pas choisir consécutivement deux fois le même service, ni effectuer deux stages en psychiatrie.

Les fonctions des résidents sont les mêmes que celles des internes DES, sauf pour les gardes au CHU.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

La montée en puissance du cinquième semestre est très progressive, notamment en raison d'un recrutement complémentaire de maîtres de stage qui ne se développe pas aussi rapidement que souhaité. La maquette générale est celle d'un stage de quatre mois en cabinet, effectué chez deux ou, le plus souvent, trois maîtres de stage dont un coordonnateur, par périodes d'un mois entier, complété par un stage de deux mois en structures hors cabinet, par périodes d'au moins une semaine, de façon à éviter un fractionnement excessif.

Un livret de stage existe depuis quatre ans, élaboré sous l'égide du département de médecine générale ; il a été adapté à la problématique du cinquième semestre, en tenant compte de l'évaluation des versions antérieures. Pour le passage de la phase passive à la phase active du stage, qui fait l'objet de recommandations du département, l'avis du maître de stage coordonnateur est systématiquement sollicité. L'avis concernant la validation du stage est formulé par le maître de stage coordonnateur à partir d'un rapport de stage et d'une évaluation critériée.

Les trois quarts des maîtres de stage et, de façon systématique, tous les maîtres de stage coordonnateurs ont suivi une formation spécifique, développée sous l'égide du département de médecine générale.

L'offre de stages en structures hors cabinet est relativement diversifiée ; tous les résidents stagiaires ont pu bénéficier de 64 demi-journées de stage.

La préparation, le suivi et le bilan du semestre d'hiver 1997-1998 ont été effectués sous couvert d'une démarche évaluative systématique, sollicitant l'ensemble des acteurs. Au plan pédagogique, une réflexion visant à améliorer la cohérence entre la formation par les stages et par les enseignements théoriques a été amorcée, en s'appuyant notamment sur la mise en œuvre du concept de portfolio comme outil d'évaluation formative, voire d'évaluation certificative.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

La sensibilisation à la médecine générale a été progressivement mise en œuvre à partir de 1994. Elle consiste en un stage de "découverte", de cinq demi-journées, en fin de D2, et en des formations théoriques : séminaire de deux jours en D2 (pratiques professionnelles en médecine générale), séminaires thématiques en D3 et D4 (soins palliatifs et gériatrie). Par ailleurs, depuis 1997, des médecins généralistes sont associés à la réflexion sur les objectifs d'enseignement en 2ème cycle, en hématologie, en pédiatrie et en pédopsychiatrie.

Depuis 10 ans, une dizaine de thèses ont porté sur un sujet en rapport avec la médecine générale.

La recherche en médecine générale n'est pas très développée.

Avec le dispositif régional de formation continue, il y a une importante implication organique et personnelle, au travers du Collège des hautes études en médecine générale, créé en 1988 et qui représente un partenariat original entre médecins libéraux et universitaires.

**Points forts****Points faibles**

<ul style="list-style-type: none"> <li>. Un très bonne visibilité de la structure, avec une forte implication de ses responsables (coordonnateur hospitalo-universitaire et maître de conférences associé)</li> <li>. Une réflexion pédagogique très poussée avec notamment le souci d'établir une cohérence entre les différents éléments de la formation</li> <li>. Un bonne coordination avec la DRASS et le CHU</li> <li>. Le développement de la sensibilisation à la médecine générale en 2ème cycle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Une implication quantitativement faible des hospitalo-universitaires</li> <li>. La faiblesse du secrétariat administratif</li> <li>. Une définition trop laxiste des postes en CHU</li> <li>. Un vivier de maîtres de stage encore insuffisant</li> </ul>
---	--

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
B	A	C	B	C

# Université de Caen

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	59	73	47	53	49	55
en T2	62	58	95	65	61	61

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	9
Nombre d'inscrits en T2	61
Taux de réponse (en %)	14,8

Compte tenu du faible nombre de réponses, les résultats sont à considérer avec prudence.

### L'orientation vers la médecine générale

	Caen	France
Par choix après le second cycle	33,3	42,6
Après avoir préparé l'internat	44,4	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	22,2	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Caen	France
Jamais	88,9	70,8
En premier cycle	0	2,9
En second cycle	11,1	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

*... les enseignement théoriques*

	Caen	France
Intéressants	44,4	31,3
Peu intéressants	44,4	44,9
De qualité variable	11,2	19,9
Non réponse	0	3,9

*... les stages hospitaliers*

	Caen	France
Très formateurs	11,2	20,3
Assez formateurs	44,4	39,4
Peu formateurs	44,4	26,5
Pas du tout formateurs	0	8,1
Non réponse	0	5,8

*... le stage chez le praticien*

	Caen	France
Formateur	88,9	68,6
Pas formateur	11,1	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	0	4,9

### Stages en service d'urgences

	Caen	France
Aucun	11,1	24,8
Un	66,7	37,4
Deux	0	13,5
Trois	0	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	22,2	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Caen	France
Non commencée	33,3	28,6
En cours	55,5	52,3
Terminée	0	18,8
Non réponse	11,2	0,3

### Projet professionnel

	Caen	France
Installation en cabinet	44,4	49,7
Activité salariée	22,2	26,3
Indéterminé	11,2	18,9
Non réponse	22,2	5,1

## Structures et moyens

**La Commission du troisième cycle de Médecine générale** a été initialement mise en place en 1985. En mai 1997, le Conseil de faculté en a modifié la composition : il est prévu désormais quatre sièges pour chacune des trois composantes du résidanat (hospitalo-universitaire, hospitalière non universitaire et généraliste) et deux sièges pour les résidents.

La commission se réunit une ou deux fois par an. Sa réflexion semble alimentée de façon très prédominante par le travail du Collège Bas-Normand des généralistes enseignants, regroupant tous les médecins généralistes enseignants et maîtres de stage, qui se réunit pour son compte environ cinq fois par an.

Les moyens spécifiques dont dispose la commission semblent très modestes :

- . les locaux comportent une salle de réunion et un bureau de 56 m<sup>2</sup>, équipé d'un micro-ordinateur, d'un photocopieur, de deux caméscopes et de deux moniteurs vidéo ;
- . il n'y a pas d'infrastructure administrative propre, la gestion du résidanat étant assurée par le service central de scolarité de la faculté, qui dédie en moyenne l'équivalent d'un demi-emploi de secrétariat ;
- . une ligne budgétaire spécifique existe depuis 1993, mais son montant n'est pas mentionné. Pour l'exercice 1996, alors que 9,05% des recettes de fonctionnement pédagogique de la faculté (chapitre 36-11 et droits universitaires) étaient générés par les résidents, le 3ème cycle de médecine générale a disposé (heures complémentaires comprises) de 9,10% de ces recettes ;
- . il n'y a jamais eu d'enseignant associé de médecine générale ; un emploi a été demandé et obtenu pour la rentrée universitaire 1998. L'équipe pédagogique semble reposer exclusivement sur neuf généralistes enseignants, avec lesquels collaborent un praticien hospitalier et, ponctuellement, un intervenant extérieur. On ignore si ces généralistes sont effectivement recrutés comme attachés ou chargés d'enseignement.

## La formation théorique

Le volume de la formation théorique est de 93 heures par étudiant, réparties sur deux années, de novembre à juin, organisées de manière centralisée à la faculté, sous forme de séances de deux heures regroupées lors de journées mensuelles comportant six heures d'enseignement.

Le contenu des enseignements est validé par les hospitalo-universitaires, les généralistes enseignants et les hospitaliers au sein de la commission du 3ème cycle. Mais le processus de planification pédagogique, dont le document d'évaluation interne rend mal compte, semble être pris en charge essentiellement par le Collège de Basse-Normandie des généralistes enseignants : ce dernier a édité une intéressante contribution pédagogique au développement de l'expertise professionnelle en médecine générale, en amorçant la codification d'un "Référentiel métier du médecin généraliste".

Le programme de la formation est centré sur le développement d'une compétence en médecine générale (médecine générale et son champ d'application, situations courantes en médecine générale, démarches diagnostiques et thérapeutiques en médecine générale, exercice professionnel, documentation et préparation à la recherche en médecine générale). Le découpage des enseignements en séances de deux heures conduit peut-être à un morcellement excessif de l'approche de ces dimensions de l'exercice en médecine générale.

Les séances d'enseignement sont assurées par les seuls généralistes enseignants, à l'exception d'une séquence d'initiation à la communication, assurée par un maître de conférences de psychologie. Elles consistent en des entretiens dirigés, par groupes de 25 étudiants, encadrés le plus souvent par deux généralistes.

Les généralistes enseignants sont recrutés par le Conseil de faculté, sur proposition du Collège des généralistes enseignants de la subdivision, après avis de la commission du 3ème cycle de médecine générale. Leur formation pédagogique est effectuée au sein de l'École de Riom ou grâce à des séminaires de pédagogie organisés localement par le Collège des généralistes enseignants.

### **La formation pratique hospitalière**

Les procédures d'agrément des services hospitaliers et de répartition des postes sont assurées de façon conventionnelle, conformément à la réglementation. Une commission mixte, hospitalo-universitaire et généraliste, tente actuellement de définir des critères précis d'agrément des terrains de stage.

L'adéquation entre l'offre de stages et le nombre de résidents à répartir semble être effectuée de façon exacte.

La procédure de choix des résidents se fait par ancienneté et selon un dispositif offrant à chaque résident la même opportunité de choisir en position successivement favorable ou défavorable sur l'ensemble du cursus. Il n'y a pas de maquette prédéterminée, la seule exigence étant le respect de l'obligation d'un seul stage en CHU. L'organisation des enseignements théoriques a été récemment modifiée, car il avait été constaté que certaines contraintes hospitalières nuisaient à l'assiduité des résidents. Les fonctions assurées par les résidents semblent identiques à celles confiées aux internes de spécialité.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

La mise en place du cinquième semestre s'est effectuée sur des bases satisfaisantes, mais sa montée en puissance nécessiterait un effort de recrutement complémentaire pour une gestion harmonieuse du stage chez le praticien. Le stage est effectué chez un, deux ou trois maîtres de stage, dont le cas échéant un maître de stage coordonnateur.

Il existe un livret de stage, élaboré sous l'égide du Collège local des généralistes enseignants avec le concours de l'enseignant coordonnateur universitaire. L'articulation entre la phase passive et la phase active est laissée totalement à l'appréciation du maître de stage et du résident. L'avis concernant la validation du stage est formulé par la Commission du 3ème cycle de médecine générale, sur la foi des appréciations portées par le maître de stage coordonnateur, à partir d'un rapport de stage.

Un peu plus de la moitié des maîtres de stage a suivi une formation spécifique, organisée à la faculté, sous forme d'un séminaire de deux jours.

Jusqu'à présent, aucune offre de stage en structures de soins primaires hors cabinet n'a été proposée.

Les résidents n'ont pas été associés à la mise en place de ce cinquième semestre et il n'y a pas, pour l'instant, d'évaluation systématiquement conduite de ces stages. Aucune conséquence sur la planification de la formation par les enseignements théoriques n'est pour l'instant évoquée.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

Il n'y a pas de sensibilisation à la médecine générale en 1er ni en 2ème cycle, l'obstacle au développement de cette démarche semblant être une absence de délégation de moyens par l'exécutif de la faculté.

Depuis cinq ans, bien qu'aucune d'entre elles n'ait été dirigée par un médecin généraliste, environ 70 thèses ont été soutenues sur un sujet en relation avec la médecine générale.

La participation des résidents à certaines réunions de formation médicale continue semble relever d'initiatives personnelles et très occasionnelles.

En dehors du travail de recherche-action pédagogique déjà signalé concernant la codification d'un référentiel métier en médecine générale, il ne semble pas y avoir eu de recherche développée dans ce domaine.

**Points forts**

**Points faibles**

<p>. Un Collège local des généralistes enseignants qui semble très actif et engagé dans une intéressante réflexion pédagogique</p>	<p>. Une Commission du 3ème cycle de Médecine générale qui semble en retrait par rapport au travail du Collège local des généralistes enseignants, avec notamment une implication des hospitalo-universitaires qui, jusqu'à une date récente, était très faible</p> <p>. Une incertitude quant aux moyens budgétaires effectivement délégués au 3ème cycle de médecine générale</p> <p>. L'absence de stages en structures de soins primaires hors cabinet</p> <p>. L'absence de sensibilisation à la médecine générale en 1er et 2ème cycles</p>
--	---

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
D	C	C	C	E

# Université Clermont-Ferrand I

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	72	81	33	43	49	48
en T2	71	46	55	38	44	51

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	21
Nombre d'inscrits en T2	44
Taux de réponse (en %)	48

### L'orientation vers la médecine générale

	Clermont	France
Par choix après le second cycle	28,6	42,6
Après avoir préparé l'internat	61,9	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	4,8	20,7
Non réponse	4,8	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Clermont	France
Jamais	76,2	70,8
En premier cycle	0	2,9
En second cycle	23,8	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

#### ... les enseignements théoriques

	Clermont	France
Intéressants	80,9	31,3
Peu intéressants	4,8	44,9
De qualité variable	14,3	19,9
Non réponse	0	3,9

#### ... les stages hospitaliers

	Clermont	France
Très formateurs	28,6	20,3
Assez formateurs	33,3	39,4
Peu formateurs	38,1	26,5
Pas du tout formateurs	0	8,1
Non réponse	0	5,8

#### ... le stage chez le praticien

	Clermont	France
Formateur	66,7	68,6
Pas formateur	28,5	24,9
Variable	4,8	1,6
Non réponse	0,0	4,9

### Stages en service d'urgences

	Clermont	France
Aucun	38,1	24,8
Un	33,3	37,4
Deux	19,1	13,5
Trois	9,5	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	0	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Clermont	France
Non commencée	23,8	28,6
En cours	66,7	52,3
Terminée	9,5	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Clermont	France
Installation en cabinet	61,9	49,7
Activité salariée	33,3	26,3
Indéterminé	4,8	18,9
Non réponse	0	5,1



## Structures et moyens

**Le Département de Médecine générale**, créé en 1995, a succédé à la Commission de coordination du 3ème cycle de Médecine générale qui fonctionnait depuis 1985. Le Conseil du département, composé de trente membres, regroupe à parité des hospitalo-universitaires, des praticiens hospitaliers, des généralistes enseignants, ainsi que des responsables de la faculté et deux représentants des résidents. Le directeur du département, élu au scrutin secret parmi les membres du Conseil, est actuellement l'enseignant coordonnateur hospitalo-universitaire ; l'enseignant associé de médecine générale est directeur adjoint. Le travail du Conseil de département est organisé autour de trois commissions transversales (pour les enseignements théoriques, pour les stages hospitaliers et pour le stage chez le praticien) et de quatre commissions départementales, chargées de faire le lien entre les objectifs institutionnels du département et les structures locales. Ce département est actif puisqu'il se réunit au moins deux fois par an en formation plénière, chacune des commissions se réunissant pour son compte environ tous les deux mois. Le groupe des résidents est en cours de structuration, avec la création d'un syndicat autonome des résidents des hôpitaux d'Auvergne.

Sa transformation en département a permis à la structure d'être progressivement dotée de moyens propres :

- . les locaux consistent en deux salles de cours d'environ 35 places, équipées du matériel didactique conventionnel ;
- . l'infrastructure administrative spécifique est restreinte à un demi-poste de secrétariat, ce qui suggère que l'essentiel de la gestion est confiée au service central de scolarité ;
- . le budget est géré de façon autonome par le département depuis 1996. Il comporte une dotation annuelle forfaitaire de 10 000 F, destinée aux déplacements des membres du Conseil, à l'achat de matériel et de consommable et à quelques stages de formation, complétée par une dotation d'environ 400 heures complémentaires ;
- . un enseignant associé de médecine générale a été recruté à partir de la rentrée universitaire 1997-1998. Il anime un groupe de généralistes enseignants dont le nombre n'est pas précisé. Deux d'entre eux viennent d'être nommés chargés d'enseignement.

## La formation théorique

Le volume de la formation théorique est d'environ 100 heures sur deux ans, organisées de façon mixte, sous forme de séminaires d'une journée, centralisés à la faculté de médecine, complétés par des séances d'enseignement décentralisées, généralement en soirée.

Les séminaires centralisés se déroulent dans des conditions jugées satisfaisantes avec une bonne adhésion des résidents ; en revanche, l'organisation des séances décentralisées se heurte à de multiples contraintes, tant géographiques que liées au fonctionnement des hôpitaux. Pour pallier le risque de démotivation des intervenants lié à une assiduité insuffisante des résidents, le principe d'une restructuration de la formation théorique au profit des séminaires centralisés a été récemment décidé.

Le contenu de l'enseignement regroupe des thématiques concernant l'exercice professionnel (installation, remplacements, responsabilités professionnelles, ...) et des sujets ayant trait à des problématiques de santé en médecine générale, mais de nombreuses séances semblent centrées sur des contenus disciplinaires.

On dispose de peu d'informations concernant le processus de planification pédagogique et les méthodes pédagogiques. Les indications fournies suggèrent une répartition des rôles un peu réductrice entre les généralistes et les hospitaliers ou hospitalo-universitaires, les uns étant théoriquement chargés d'apporter leur expérience et les autres leur regard technique (sic).

Malgré les limites et les contraintes évoquées, et en dépit des critiques formulées par les responsables de la formation théorique, le taux de satisfaction des résidents recueilli lors de l'enquête est étonnamment élevé : 81 % ; c'est, de loin, l'indice de satisfaction le plus élevé enregistré lors de l'enquête nationale.

Une réflexion sur le concept de certification finale des résidents est en cours depuis la création du département en 1995. Les résidents de la promotion terminant leur cursus en 1998 subiront pour la première fois un contrôle sous forme d'examen oral devant un jury composé d'hospitalo-universitaires, de généralistes enseignants ou maîtres de stage et de praticiens hospitaliers. Les conséquences en cas de non validation de cette épreuve ne sont pas encore complètement codifiées.

La validation repose sur l'assiduité (avec présence obligatoire à l'ensemble des enseignements centralisés et à 50% des enseignements décentralisés) et sur le contrôle oral (qui compte pour 60% de la note totale).

Les généralistes enseignants sont cooptés par le département sur la base du volontariat, leur formation étant confiée au CNGE avec une prise en charge partielle du coût de ces formations par l'Union des médecins libéraux. Les deux séances annuelles réunissent une quinzaine de participants.

### **La formation pratique hospitalière**

La procédure d'agrément des services hospitaliers est restée en fait virtuelle de 1984 à 1994, la totalité des services hospitaliers de la subdivision ayant reçu cet agrément. Depuis 1994, après des enquêtes successives et en s'appuyant sur une réflexion en cours de structuration, des critères explicites d'agrément sont en voie de codification. En tout état de cause, l'agrément pour la médecine générale a d'ores et déjà été retiré aux services de chirurgie, à tous les services psychiatriques des centres hospitaliers spécialisés, ainsi qu'à la plupart des services de long séjour et/ou de maisons de retraite.

L'adéquation de l'offre de stages au nombre de résidents à répartir semble étroitement subordonnée aux contraintes de fonctionnement hospitalier, le poids des directeurs d'hôpitaux et des présidents de CME paraissant à cet égard prépondérant. Dans ce contexte, on ignore si l'adéquation est réalisée de façon stricte ou large. Le projet de définition d'une maquette du cursus hospitalier pour les résidents se heurte à ces mêmes contraintes et à un déficit de l'offre de stages en pédiatrie ou en gynécologie dans la subdivision. Pour l'instant, seule l'exigence réglementaire d'un seul stage en CHU est prise en compte.

La procédure de choix des étudiants s'effectue selon un classement déterminé au moyen d'un barème multicritérié établi par le doyen et qui tient compte à la fois de l'ancienneté et des résultats obtenus en 2ème cycle.

Les responsabilités confiées respectivement aux résidents et aux internes de spécialité semblent globalement identiques. Au CHU, les résidents participent à la fois aux gardes et astreintes des services et de l'accueil médical, et au tour de garde chirurgicale ; on peut craindre que cette disposition ne participe davantage d'une adaptation aux contraintes de fonctionnement hospitalier que d'une réflexion pédagogique sur le développement de compétence en médecine générale.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

Les informations concernant la mise en oeuvre du 5ème semestre n'ont été adressées au CNE qu'à la mi-septembre 1998. Elles sont très succinctes.

Il semble qu'il n'y ait pas eu de difficultés pour constituer un important vivier de maîtres de stage (74 praticiens), permettant d'accueillir 35 résidents durant le semestre d'hiver et 19 durant le semestre d'été. La maquette prévoit un stage effectué chez un, deux ou trois maîtres de stage, dont un maître de stage référent.

Il n'existe pas encore de livret de stage : il est en préparation.

L'articulation entre la phase passive et la phase active est l'objet de recommandations du département. La validation est assurée par le doyen, après avis du coordonnateur hospitalo-universitaire, sur la base d'un rapport de stage.

Il n'a pas été organisé de formation spécifique des maîtres de stage.

Aucun stage n'a été mis en place dans d'autres structures de soins primaires.

Pour l'évaluation du stage, trois réunions par semestre ont été organisées avec les maîtres de stage et les résidents (tantôt communes, tantôt séparées).

### Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte

Il n'existe aucune action de sensibilisation à la médecine générale en premier ou en deuxième cycle. Il semble que le Conseil de faculté ait demandé au département de médecine générale de réfléchir à un module d'enseignement au cours du 2ème cycle, alors même que le séminaire thématique transversal prévu par les dispositions réglementaires n'est toujours pas mis en œuvre.

Un département universitaire de formation médicale continue est en cours de création ; il bénéficiera probablement de locaux communs avec le département de médecine générale et des relations organiques sont prévues. Pour l'instant, les résidents participent de façon individuelle aux séances de formation médicale continue organisées sur leurs lieux de stage.

Très peu de thèses semblent dédiées à un sujet ayant trait à une problématique de médecine générale. Le département n'a, à cet égard, ni politique ni action coordonnée.

#### Points forts

#### Points faibles

<ul style="list-style-type: none"> <li>. La démarche d'auto-évaluation, d'une extrême lucidité</li> <li>. Une dynamique récente, induite à la fois par la création du Département de Médecine générale et par le recrutement d'un enseignant associé de médecine générale, et dont témoignent, par exemple, les réflexions sur la certification finale ou la maquette de cursus hospitalier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. L'absence de reconnaissance formelle du statut des généralistes enseignants</li> <li>. Une procédure d'agrément et de répartition des stages hospitaliers largement subordonnée aux contraintes de fonctionnement hospitalier</li> <li>. Des moyens matériels, administratifs et budgétaires modestes</li> <li>. Un retard important dans la préparation pédagogique du 5ème semestre (pas de livret de stage, pas de formation des maîtres de stage, pas de stages hors cabinet)</li> <li>. L'absence de sensibilisation à la médecine générale en 1er et 2ème cycles</li> <li>. Un développement insuffisant des thèses liées à la médecine générale</li> </ul>
--	--

#### Cotations

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
C	C	D	D	E

# Université de Dijon

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	76	92	96	65	59	71
en T2	71	65	78	81	82	74

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	23
Nombre d'inscrits en T2	82
Taux de réponse (en %)	28,0

### L'orientation vers la médecine générale

	Dijon	France
Par choix après le second cycle	65,2	42,6
Après avoir préparé l'internat	21,7	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	13,0	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Dijon	France
Jamais	82,6	70,8
En premier cycle	4,3	2,9
En second cycle	17,4	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

#### ... les enseignements théoriques

	Dijon	France
Intéressants	26,1	31,3
Peu intéressants	52,2	44,9
De qualité variable	21,7	19,9
Non réponse	0	3,9

#### ... les stages hospitaliers

	Dijon	France
Très formateurs	17,4	20,3
Assez formateurs	30,4	39,4
Peu formateurs	34,8	26,5
Pas du tout formateurs	13,1	8,1
Non réponse	4,3	5,8

#### ... le stage chez le praticien

	Dijon	France
Formateur	74,0	68,6
Pas formateur	13,0	24,9
Variable	13,0	1,6
Non réponse	0	4,9

### Stages en service d'urgences

	Dijon	France
Aucun	26	24,8
Un	39,1	37,4
Deux	21,7	13,5
Trois	8,7	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	4,3	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Dijon	France
Non commencée	21,7	28,6
En cours	60,9	52,3
Terminée	17,4	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Dijon	France
Installation en cabinet	60,9	49,7
Activité salariée	17,4	26,3
Indéterminé	21,7	18,9
Non réponse	0	5,1

## Structures et moyens

**Le Département de Médecine générale**, créé en juin 1997, succède à une Commission de coordination et d'évaluation du 3ème cycle de médecine générale, initialement dirigée par l'enseignant coordonnateur universitaire puis, à partir de 1996, par le maître de conférences associé de médecine générale, en association avec le coordonnateur. Le département est administré par un Conseil qui, outre le doyen, le coordonnateur universitaire et l'enseignant associé de médecine générale, comprend trois hospitalo-universitaires, trois praticiens hospitaliers et six médecins généralistes enseignants ou maîtres de stage ; en outre, il est prévu que siègent trois étudiants élus au Conseil d'UFR (deux résidents et un représentant des premiers cycles). On relève que la direction du département est statutairement assurée par l'enseignant associé de médecine générale lorsqu'un tel emploi est pourvu dans la faculté.

Les moyens affectés au département de médecine générale sont pour l'instant modestes :

- . il n'est pas fait mention de locaux propres, en dehors d'une salle dédiée ;
- . l'infrastructure administrative se réduit au détachement partiel d'une secrétaire du service de scolarité ;
- . l'article 9 des statuts stipule que le département dispose d'une ligne budgétaire propre, mais le rapport d'évaluation interne fait apparaître exclusivement la dotation en heures complémentaires, variable entre 500 et 650 heures par année. Il est indiqué que les documents pédagogiques sont édités par le service de reprographie de la faculté, ce qui laisse supposer que le coût en est supporté par le budget général de la faculté ;
- . le maître de conférences associé de médecine générale, recruté en septembre 1996, encadre une équipe pédagogique de dix généralistes chargés d'enseignement.

## La formation théorique

Le volume de la formation théorique est d'une cinquantaine d'heures par étudiant, réparties en cinq modules en première année et treize tables rondes en seconde année, organisés le plus souvent en soirée, de septembre à juin. Les enseignements sont décentralisés sur 7 sites qui quadrillent les 4 départements de la subdivision.

Les modules portent sur des thèmes transversaux génériques. Les tables rondes sont centrées autour de problématiques syndromiques. Les contenus sont identiques sur chacun des différents pôles d'enseignement et sont assurés le plus souvent par des binômes de médecins généralistes.

Peu de renseignements sont fournis sur la préparation et la réalisation des enseignements. En revanche, il existe un matériel didactique abondant, essentiellement centré sur le contenu, bien que la pédagogie soit qualifiée d'interactive. La démarche évaluative est assez systématique, mais utilise de façon privilégiée, et peut-être un peu réductrice, la mesure quantitative d'indice de satisfaction.

Les étudiants qui ont répondu à l'enquête sont sévères à l'égard des enseignements théoriques : un sur quatre les juge intéressants et un sur deux peu intéressants.

La validation de la formation théorique est fondée sur l'assiduité. En cas d'insuffisance, un rattrapage est possible grâce à la production d'un mémoire en TCEM 1 et grâce à la participation à une table ronde de mise en situation en TCEM 2.

Les généralistes enseignants sont cooptés sur la base du volontariat ; ils sont obligatoirement maîtres de stage et ont, pour la plupart, suivi le DIU de Pédagogie médicale de l'Est ou bien plusieurs sessions de l'École de Riom ; ils sont en outre associés à l'élaboration collective des objectifs d'enseignement. A terme, il est prévu d'organiser une formation pédagogique interne sous l'égide du département.

### **La formation pratique hospitalière**

La procédure d'agrément des services est préalablement instruite par une enquête effectuée auprès des résidents sur leur perception du caractère formateur des services qui sollicitent l'agrément.

L'adéquation de l'offre de stage au nombre de résidents à répartir est faite de façon quasi exacte.

Le choix des postes est effectué par ordre d'ancienneté et en fonction d'un classement établi sur la base des résultats académiques (selon des critères fixés). Il n'y a pas de maquette déterminant l'organisation du cursus hospitalier, mais l'exigence d'un et d'un seul stage en CHU est respectée.

La qualité d'encadrement des résidents au cours des stages est décrite par les responsables comme hétérogène. Pour leur part, 48 % des résidents ayant répondu à l'enquête considèrent les stages comme peu formateurs ou pas du tout formateurs.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

La montée en puissance du stage chez le praticien semble avoir été conduite de façon cohérente, même si une certaine difficulté à recruter des maîtres de stage nouveaux rend le dispositif fragile. L'équivalent d'une promotion de résidents est affecté en stage chez le praticien, de façon indistincte, qu'il s'agisse du semestre d'été ou du semestre d'hiver, ce qui suggère d'importantes fluctuations saisonnières de l'effectif de résidents affectés dans les hôpitaux de la subdivision. Le stage est réparti également entre trois maîtres de stage, par périodes de 15 ou 30 jours, l'organisation, le suivi et l'évaluation pédagogique du stage étant gérés par un maître de stage coordonnateur.

Un livret de stage, élaboré par un groupe de travail du département de médecine générale, vise à développer chez le résident stagiaire les capacités d'auto-évaluation. Ce livret est en cours d'évaluation et devrait évoluer au cours des prochains semestres, d'autant qu'une restructuration des enseignements théoriques est en cours, visant à introduire une cohérence entre la formation par les stages et la formation théorique. L'articulation entre la phase passive et la phase active, si elle fait l'objet de recommandations du département, est laissée à l'appréciation de chaque maître de stage sous couvert du maître de stage coordonnateur : des difficultés ponctuelles de certains maîtres de stage à laisser les stagiaires effectuer des actes en totale autonomie ont été recensées. L'avis concernant la validation du stage est formulé par le maître de stage coordonnateur, sur la base de l'assiduité du stagiaire et d'un court rapport de stage rédigé par celui-ci.

Les stages en structure de soins primaires hors cabinet ont concerné tous les résidents, à raison d'environ 6 demi-journées effectuées dans les services de PMI et dans les services médicaux des Caisses d'Assurance Maladie.

Tous les maîtres de stage ont bénéficié d'une formation spécifique sous l'égide du département, complétée pour certains par une formation personnelle auprès de l'École de Riom ou par l'intermédiaire du Diplôme inter-universitaire de pédagogie médicale de l'Est.

La préparation, le suivi et le bilan du semestre de stage chez le praticien ont fait l'objet d'une évaluation très systématique auprès des maîtres de stage et des résidents.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

Une première initiative de sensibilisation à la médecine générale en 2ème cycle a eu lieu en 1994 et 1995 sous forme de rencontres des étudiants avec des médecins généralistes sur le site des stages hospitaliers. Un premier séminaire de deux jours sur le thème "Pratique de la médecine générale" a été réalisé en 1996.

Peu de thèses semblent consacrées à un sujet ayant trait tout ou partie à une problématique de médecine générale.

Les travaux de recherche en médecine générale sont encore embryonnaires, mais une dynamique intéressante paraît en cours de structuration sous forme d'études ou d'enquêtes dont les résultats sont susceptibles d'être réintroduits dans les objectifs de formation. On signale en outre la production d'un film à usage didactique qui a bénéficié du soutien du Conseil régional de Bourgogne.

### Points forts

### Points faibles

<ul style="list-style-type: none"> <li>. Une réflexion intéressante sur la cohérence de la formation par les stages et par les enseignements théoriques</li> <li>. Un matériel didactique important et soigné (avec toutefois une approche davantage centrée sur le contenu que sur le processus de construction des compétences)</li> <li>. Une procédure d'agrément des services hospitaliers fondée sur une démarche évaluative et une adéquation rigoureuse de l'offre de stage avec le nombre de résidents à répartir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Des moyens administratifs et financiers insuffisants</li> <li>. Une implication encore faible des hospitalo-universitaires et des praticiens hospitaliers</li> <li>. L'organisation en soirée de la plupart des enseignements théoriques</li> <li>. Un développement insuffisant des thèses liées à la médecine générale</li> </ul>
---	--

### Cotations

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
D	C	C	B	D

# Université Grenoble I

## Les effectifs du résidanat

de réponse (en %)	24,4
-------------------	------

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	22
Nombre d'inscrits en T2	90
Taux de réponse (en %)	24,4

### L'orientation vers la médecine générale

	Grenoble	France
Par choix après le second cycle	22,7	42,6
Après avoir préparé l'internat	50,0	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	27,3	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Grenoble	France
Jamais	40,9	70,8
En premier cycle	0	2,9
En second cycle	54,5	26,8
Non réponse	4,5	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

#### ... les enseignements théoriques

	Grenoble	France
Intéressants	18,2	31,3
Peu intéressants	63,6	44,9
De qualité variable	9,1	19,9
Non réponse	9,1	3,9

#### ... les stages hospitaliers

	Grenoble	France
Très formateurs	31,8	20,3
Assez formateurs	31,8	39,4
Peu formateurs	27,3	26,5
Pas du tout formateurs	9,1	8,1
Non réponse	0	5,8

#### ... le stage chez le praticien

	Grenoble	France
Formateur	63,6	68,6
Pas formateur	31,9	24,9
Variable	4,5	1,6
Non réponse	0	4,9

### Stages en service d'urgences

	Grenoble	France
Aucun	18,2	24,8
Un	45,4	37,4
Deux	18,2	13,5
Trois	9,1	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	9,1	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Grenoble	France
Non commencée	27,3	28,6
En cours	36,4	52,3
Terminée	31,8	18,8
Non réponse	4,5	0,3

### Projet professionnel

	Grenoble	France
Installation en cabinet	59,1	49,7
Activité salariée	27,3	26,3
Indéterminé	13,6	18,9
Non réponse	0	5,1



## Structures et moyens

**La Commission de coordination et d'évaluation du troisième cycle de médecine Générale**, créée en 1986, est présidée par un hospitalo-universitaire (actuellement le doyen de la faculté, du fait qu'il avait déjà rempli cette fonction avant son accession au décanat). Elle rassemble de façon paritaire des hospitalo-universitaires, des généralistes enseignants (l'un d'entre eux en est vice-président), des praticiens hospitaliers et des étudiants (résidents et représentants du DCEM 4). Cette commission, dont les missions dépassent le troisième cycle, devrait prochainement évoluer vers un département : les statuts sont en voie de rédaction définitive.

La structure actuelle est bien identifiée dans la faculté :

- . elle dispose de locaux spécifiques et de moyens audiovisuels ;
- . elle dispose d'un personnel administratif (un agent administratif à mi-temps et un contractuel à mi-temps), la responsable du service de la scolarité de l'UFR intervenant par ailleurs en tant que de besoin ;
- . elle bénéficie enfin de moyens budgétaires : dotation annuelle de 1600 heures complémentaires (tout au moins jusqu'en 1997, cette attribution ayant été réduite à 1 350 par l'université en 1998) et reversement de 60 % des droits d'inscription des résidents. Cette recette semble suffisante pour assurer le fonctionnement de la structure ;
- . jusqu'à présent, il n'y a pas eu d'enseignant associé de médecine générale ; cette lacune devrait être comblée en 1998, puisqu'un emploi a été demandé et obtenu lors de la dernière session du CNU. Quarante-quatre généralistes enseignants bénéficient par ailleurs du statut d'attaché d'enseignement, quatre généralistes et trois praticiens hospitaliers bénéficiant de celui de chargé d'enseignement. Il y a 76 maîtres de stage. Il faut souligner enfin la participation relativement importante des praticiens hospitaliers des hôpitaux généraux.

## La formation théorique

Le volume de la formation théorique est de 163 heures par étudiant, organisées sous la forme de modules thématiques dispensés à la faculté (sur une ou deux journées, en semaine), et de travaux dirigés décentralisés, à raison d'une séance de deux heures par mois, en nocturne, dix mois par ans.

Les modules thématiques sont au nombre de quatre. Ceux sur la gérontologie, la médecine du sport et la traumatologie, le médecin généraliste et les sevrages sont réalisés sous la responsabilité de trois hospitalo-universitaires. Celui sur l'exercice professionnel, qui est placé sous la responsabilité d'un généraliste enseignant, est considéré comme un module d'introduction au 3ème cycle : il est organisé en octobre, avant le premier semestre de stage hospitalier.

Des séances de travaux dirigés sont organisées dans quatre centres d'enseignement (Grenoble, Chambéry, Annecy et Thonon) selon un cycle de trente thèmes afin d'éviter les doublons. Ces travaux dirigés sont assurés par des généralistes enseignants intervenant en binômes, éventuellement avec un praticien hospitalier.

Les modalités pédagogiques sont variées : ateliers, tables rondes, séances de questions-réponses, etc.

La validation est fondée sur l'assiduité : les résidents doivent participer à la totalité des enseignements.

## La formation pratique hospitalière

La commission d'agrément tient compte, d'une manière précise, des avis du coordonnateur qui s'appuie, lui-même, sur des informations recueillies auprès des étudiants. Une adéquation la plus fine possible, en principe à l'unité près, est réalisée.

Le choix s'effectue selon un classement reposant sur les notes en deuxième cycle, mais en tenant compte des éléments médico-sociaux individuels. Le coordonnateur de la commission assiste au choix.

Le cursus des stages est libre : les étudiants peuvent revenir à plusieurs reprises dans le même service ou dans un service identique, le coordonnateur n'intervenant qu'au travers de conseils pédagogiques qu'il donne au moment du choix.

Les résidents ont les mêmes responsabilités que les internes de spécialités, y compris lors des gardes et des astreintes.

A noter enfin une expérience mise en place à Annecy, l'intervention des généralistes enseignants au sein même de la structure hospitalière utilisée comme "atelier pédagogique".

### **La formation pratique extra-hospitalière**

Après une mise en place quasi confidentielle durant le semestre d'hiver 1997-1998, la montée en puissance du stage chez le praticien semble abordée désormais avec résolution, s'appuyant notamment sur un important effort de recrutement de maîtres de stage et sur un choix délibéré d'affecter très significativement davantage de résidents en stage durant le semestre d'hiver que durant le semestre d'été. La maquette adoptée est celle d'un stage effectué chez trois maîtres de stage dont un maître de stage tuteur.

Il existe un livret de stage, élaboré sous l'égide de la commission de médecine générale, qui a déjà fait l'objet d'améliorations à la suite de l'évaluation formulée par les étudiants. L'articulation entre la phase passive et la phase active fait l'objet de simples recommandations. L'avis concernant la validation du stage est formulé par la commission de médecine générale à partir d'un rapport de stage et de l'avis du maître de stage tuteur.

Les stages en structures hors cabinet n'ont pas encore été réellement mis en place : quelques stages seulement ont été proposés à titre exploratoire.

Tous les maîtres de stage ont bénéficié d'un séminaire de formation spécifique à la maîtrise de stage organisé dans les principaux pôles géographiques de la subdivision.

La préparation et l'évaluation du cinquième semestre ont systématiquement associé les résidents, avec lesquels est conduite actuellement une refonte des enseignements théoriques. Le soutien des maîtres de stage semble être une préoccupation importante, une personne ressource ayant été mise à la disposition des unités pédagogiques locales coordonnées par groupes de six.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

La sensibilisation à la médecine générale a été une des préoccupations de la réforme du curriculum, mise en place à Grenoble depuis 1992, avec l'introduction d'un enseignement modulaire. En 2ème cycle, un module porte sur la médecine d'exercice : les étudiants ont la possibilité de valider, sur quatre ans, neuf certificats comportant 25 heures d'enseignement et un stage professionnel ; en D4, ils peuvent éventuellement valider un dixième certificat, de médecine de famille, qui comporte un stage auprès d'un médecin généraliste. Une extension de cette sensibilisation au P2 et au D1 est envisagée.

Les thèses portant sur des sujets de médecine générale ou dirigées par des médecins généralistes sont encore assez rares. Il n'y a pas de recherche structurée dans ce domaine.

Les relations avec la formation médicale continue sont importantes au niveau des responsables enseignants. Mais elles sont faibles en ce qui concerne la formation des résidents, même au cours du troisième cycle.

**Points forts****Points faibles**

<ul style="list-style-type: none"> <li>. La forte identité de la commission de médecine générale au sein de la faculté, avec des moyens satisfaisants (sous réserve que le nombre d'heures complémentaires ne continue pas à diminuer)</li> <li>. La stabilité et la forte implication des généralistes enseignants</li> <li>. Une refonte de la formation théorique, en relation avec l'introduction du 5ème semestre</li> <li>. Adéquation très précise des stages hospitaliers</li> <li>. Des réalisations importantes dans le domaine de la sensibilisation à la médecine générale en 2ème cycle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Une implication insuffisante des hospitalo-universitaires dans la formation théorique (le "doyen coordonnateur" semblant dans ce domaine assez isolé)</li> <li>. L'absence de maquette pour le cursus hospitalier</li> </ul>
---	---

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
B	C	B	B	B

# Université Lille II

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	339	311	192	182	210	188
en T2	222	254	208	178	226	186

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	78
Nombre d'inscrits en T2	226
Taux de réponse (en %)	34,5

### L'orientation vers la médecine générale

	Lille	France
Par choix après le second cycle	35,9	42,6
Après avoir préparé l'internat	47,4	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	16,7	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Lille	France
Jamais	76,9	70,8
En premier cycle	1,3	2,9
En second cycle	21,8	26,8
Non réponse	1,3	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

*... les enseignements théoriques*

	Lille	France
Intéressants	23,1	31,3
Peu intéressants	53,8	44,9
De qualité variable	20,5	19,9
Non réponse	2,6	3,9

*... les stages hospitaliers*

	Lille	France
Très formateurs	15,4	20,3
Assez formateurs	43,6	39,4
Peu formateurs	28,2	26,5
Pas du tout formateurs	10,2	8,1
Non réponse	2,6	5,8

*... le stage chez le praticien*

	Lille	France
Formateur	70,5	68,6
Pas formateur	28,2	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	1,3	4,9

### Stages en service d'urgences

	Lille	France
Aucun	25,6	24,8
Un	48,8	37,4
Deux	14,1	13,5
Trois	2,6	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	9,0	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Lille	France
Non commencée	38,5	28,6
En cours	43,6	52,3
Terminée	17,9	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Lille	France
Installation en cabinet	52,6	49,7
Activité salariée	20,6	26,3
Indéterminé	25,6	18,9
Non réponse	1,3	5,1

## Structures et moyens

La structure en charge du 3ème cycle de médecine générale à Lille est une commission de coordination et d'évaluation, qui porte le nom de **Département du résidanat**. Dans le rapport d'évaluation interne comme au cours des entretiens d'expertise, les termes de département et de commission ont été employés indifféremment. Cette imprécision est renforcée par le fait que la structure n'a jamais été dotée de statuts. Sa composition n'a pas été communiquée : le doyen indique qu'elle est constituée, pour moitié, d'enseignants (universitaires et non universitaires) et, pour moitié, d'étudiants. Pourtant, les étudiants rencontrés sur le site ont mentionné auprès des experts qu'ils n'étaient pas conviés aux réunions (dont le rythme n'a d'ailleurs pas été précisé). Un bureau, composé du coordonnateur et de son adjoint (enseignants hospitalo-universitaires de médecine légale) et de deux médecins généralistes, se réunit quatre fois par an.

Le Département du résidanat dispose de moyens dont l'importance est très inégale :

- . il a des locaux très vastes, magnifiques et fonctionnels : quatre salles d'enseignement, une salle de réunion, deux bureaux pour le coordonnateur et son adjoint, deux bureaux pour le secrétariat (avec équipement informatique), une bibliothèque en cours de constitution. Ces locaux sont situés sur le nouveau pôle formation de la faculté, inauguré en 1997 ;
- . il dispose de deux secrétaires à temps plein, qui assurent la gestion de la scolarité et le secrétariat pédagogique ;
- . il reçoit de la faculté une subvention de fonctionnement de 25 000 francs (la subvention antérieure de 50 000 francs ayant été partagée avec le département de l'internat), ainsi qu'environ 200 heures complémentaires (ce qui fait que trois heures d'enseignement sont rémunérées à hauteur d'une heure et demie seulement, et que beaucoup d'interventions sont bénévoles) ;
- . il n'a jamais été demandé d'emploi d'enseignant associé de médecine générale, le doyen s'étant longtemps opposé à ce type de recrutement et ne voyant pas là une priorité de la faculté : cette situation peut apparaître d'autant plus paradoxale que la faculté de Lille, sous l'égide de son actuel doyen, a joué un rôle pionnier en matière de formation à la médecine générale et à la formation médicale continue. Le rapport d'évaluation interne fait état de "269 chargés d'enseignement" : mais ce chiffre englobe tous les hospitalo-universitaires, praticiens hospitaliers et médecins généralistes qui participent, d'une manière ou d'une autre, à l'encadrement du résidanat. De fait, les 56 généralistes enseignants ne sont pas formellement nommés attachés ou chargés d'enseignement.

## La formation théorique

Le volume global de la formation, par étudiant, est de 96 heures, réparties sur deux ans, sous forme de 14 journées de six heures d'enseignement et de 2 journées spécifiques (consacrées à l'imagerie médicale et à la vie professionnelle). Tous les enseignements sont centralisés dans les locaux du département du résidanat. Les 14 journées sont programmées chacune sept fois sur deux ans.

Le contenu est défini en partenariat entre le coordonnateur et les généralistes enseignants les plus actifs. Son intitulé correspond au programme prévu par les textes réglementaires, mais les étudiants ont souligné de nombreuses redondances avec les enseignements du 2ème cycle.

En principe, les enseignements sont réalisés en partenariat par des hospitalo-universitaires et des généralistes. Mais les étudiants signalent deux dérives : il arrive trop souvent qu'il n'y ait pas d'enseignant généraliste et que le responsable hospitalo-universitaire se fasse remplacer au dernier moment par un chef de clinique ou par un interne. L'association des étudiants aurait écrit pour protester auprès du doyen devant l'absence de généralistes - démarche dont le doyen dit n'avoir pas eu connaissance.

Les méthodes pédagogiques sont laissées au choix de chaque enseignant. Il n'y a pas d'évaluation des enseignements, ni par les étudiants, ni par les enseignants. La validation se fonde uniquement sur l'assiduité, strictement vérifiée, avec un appel en début de séance.

Le recrutement des généralistes enseignants se fait par cooptation, parmi les plus engagés dans la formation médicale continue, ou ayant validé le diplôme universitaire de formation continue en médecine générale dispensé par la faculté de Lille.

### **La formation pratique hospitalière**

Le coordonnateur participe à la commission d'agrément, qui prend en compte les opinions exprimées par l'association des résidents. Par principe, l'agrément n'est pas accordé aux services dirigés par un praticien hospitalier à temps partiel ni aux services considérés comme trop spécialisés (chirurgie, radiologie, psychiatrie).

L'adéquation est la plus stricte possible : en général, il y a plus de postes proposés que de résidents, du fait de départs ou de congés non annoncés.

Le coordonnateur est présent lors du choix, qui s'effectue avec un roulement en quatre groupes. Pour le premier semestre, les étudiants choisissent dans l'ordre du classement de fin de D4.

Il n'y a pas de maquette du cursus. Mais les étudiants ne peuvent effectuer plus de deux stages dans un même service et un effort est fait pour que le plus d'étudiants possible effectuent un stage en urgences. L'obligation d'un semestre en CHU est strictement respectée (sachant qu'un service de CHG, dirigé par un hospitalo-universitaire, a une convention universitaire).

Dans certains services du CHU, une discrimination est faite entre internes et résidents, qui ne participent ni aux gardes ni aux astreintes.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

Les perspectives de développement du cinquième semestre prévoient d'affecter systématiquement 70 résidents en stage chez le praticien, de façon indistincte, qu'il s'agisse du semestre d'été ou d'hiver, ce qui suggère d'importantes fluctuations saisonnières de l'effectif des résidents affectés dans les hôpitaux de la subdivision. La maquette adoptée est celle d'un stage réparti entre trois maîtres de stage à parts égales, par périodes de deux mois, aucun d'entre eux n'assurant apparemment de fonction de coordination.

Il n'existe pas pour l'instant de livret de stage. L'articulation entre la phase passive et la phase active est laissée totalement à l'appréciation de chaque maître de stage et du résident. L'avis concernant la validation du stage est formulé par le département du résidanat qui s'appuie sur un rapport de stage, préparé conjointement et cosigné par le stagiaire et le maître de stage, après chaque période de stage.

Le recrutement des maîtres de stage se fait sur les mêmes critères que celui des généralistes enseignants. En revanche, aucune formation spécifique à la maîtrise de stage n'est organisée ni envisagée.

L'offre en structures de soins hors cabinet a été restreinte et n'a concerné que respectivement 6 et 4 résidents durant les semestres d'hiver et d'été de la présente année universitaire.

Des délégués des résidents ont été rencontrés par les maîtres de stage au cours de différentes réunions, mais on ignore si une évaluation systématique a été mise en place.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

Actuellement, il n'y a pas de sensibilisation à la médecine générale en 1er et 2ème cycles, en dehors de la présentation qui en est faite par le doyen, lors de l'accueil des étudiants de P1. Des séminaires de médecine générale vont être mis en place dans le 2ème cycle, sous la responsabilité du coordonnateur des enseignements du 2ème cycle, en liaison avec le coordonnateur du résidanat.

Le nombre de thèses soutenues sur des sujets liés à la médecine générale est faible. Il reste exceptionnel que le directeur de thèse soit un médecin généraliste. Quatre thèses ont porté sur la formation des généralistes.

Il n'y a pas d'activités de recherche liées à la médecine générale.

Les résidents sont autorisés par dérogation à suivre la quasi totalité des actions de formation médicale continue ; ils sont notamment invités à participer aux Journées Jacques Jaillard, organisées chaque année.

### Points forts

### Points faibles

<ul style="list-style-type: none"> <li>. L'engagement des hospitalo-universitaires qui pilotent le résidanat</li> <li>. La qualité des locaux</li> <li>. La collaboration avec la DRASS et le CHU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. La fragilité de la structure en charge du 3ème cycle de médecine générale (absence de statuts, absence d'enseignant associé, volume très insuffisant d'heures complémentaires)</li> <li>. La faible intégration des médecins généralistes dans la conception et l'organisation de la formation</li> <li>. Une formation théorique trop redondante avec les enseignements du 2ème cycle et à laquelle les médecins généralistes sont insuffisamment associés</li> <li>. La hiérarchie entre internes et résidents dans certains services du CHU</li> <li>. L'absence de sensibilisation à la médecine générale en 1er et 2ème cycles</li> <li>. L'absence d'encadrement pédagogique du cinquième semestre (pas de livret de stage ni de formation des maîtres de stage)</li> </ul>
--	--

### Cotations

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
C	D	B	D	E

# Université catholique de Lille

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	47	70	31	20	33	48
en T2	42	44	56	54	39	39

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	14
Nombre d'inscrits en T2	39
Taux de réponse (en %)	35,9

Compte tenu du faible nombre de réponses, les résultats sont à considérer avec prudence.

### L'orientation vers la médecine générale

	Catho. Lille	France
Par choix après le second cycle	57,1	42,6
Après avoir préparé l'internat	14,3	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	28,6	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Catho. Lille	France
Jamais	71,4	70,8
En premier cycle	7,1	2,9
En second cycle	28,6	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

#### ... les enseignements théoriques

	Catho. Lille	France
Intéressants	64,3	31,3
Peu intéressants	28,6	44,9
De qualité variable	7,1	19,9
Non réponse	0	3,9

#### ... les stages hospitaliers

	Catho. Lille	France
Très formateurs	28,6	20,3
Assez formateurs	21,4	39,4
Peu formateurs	28,6	26,5
Pas du tout formateurs	21,4	8,1
Non réponse	0	5,8

#### ... le stage chez le praticien

	Catho. Lille	France
Formateur	100	68,6
Pas formateur	0	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	0	4,9

### Stages en service d'urgences

	Catho. Lille	France
Aucun	0	24,8
Un	50	37,4
Deux	28,6	13,5
Trois	7,1	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	14,3	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Catho. Lille	France
Non commencée	7,1	28,6
En cours	35,7	52,3
Terminée	57,2	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Catho. Lille	France
Installation en cabinet	42,9	49,7
Activité salariée	42,9	26,3
Indéterminé	7,1	18,9
Non réponse	7,1	5,1



## Structures et moyens

La Faculté libre de médecine n'offre au niveau du 3ème cycle, que la filière de médecine générale. La création d'un département de médecine générale est à l'étude. Pour le moment, il existe une commission pédagogique du 3ème cycle, qui se réunit une fois par an ; sa composition ne respecte pas la parité réglementaire, puisqu'elle comprend, sous la présidence du doyen, le coordonnateur hospitalo-universitaire et le responsable des stages de 3ème cycle, sept hospitalo-universitaires, un praticien hospitalier, tous les enseignants généralistes (au nombre de 21) et quatre étudiants. La commission de validation du 3ème cycle, présidée par le coordonnateur du 3ème cycle de médecine générale de l'université Lille II, se réunit également une fois par an. Mais plus que ces instances officielles, ce sont en fait l'association des généralistes enseignants, créée dans les années 1970, et le collège des maîtres de stage qui assistent le coordonnateur pour le fonctionnement du 3ème cycle. L'association des généralistes enseignants tient un séminaire annuel d'un week-end, auquel sont conviés le doyen, des étudiants et quelques hospitalo-universitaires.

Le 3ème cycle de médecine générale dispose de moyens spécifiques très limités :

- . quatre petites salles de cours, équipées en matériel pédagogique ;
- . un temps partiel de secrétariat ;
- . *budget ?* La faculté ne reçoit pas d'heures complémentaires et donc les généralistes enseignants interviennent tous de façon bénévole. L'association des généralistes enseignants reçoit une subvention annuelle de la faculté (*montant ? utilisation ?*) ;
- . il n'y a pas d'enseignant associé de médecine générale ni de chargé ou d'attaché d'enseignement, du fait de l'absence de rémunération des généralistes enseignants.

## La formation théorique

Le volume global de la formation, par étudiant, est de 180 heures. Les enseignements sont organisés sous la forme de deux séances de 3 heures, le mercredi matin et après-midi, dans les locaux de la faculté.

Le programme est établi au début de chaque année, lors du séminaire organisé par l'association des généralistes enseignants. Il se répète généralement tous les deux ans, avec quelques variantes. Il est axé sur les situations fréquemment rencontrées dans l'exercice de la médecine générale. Le programme diffusé aux étudiants fait aussi mention d'autres manifestations : actualités cliniques et thérapeutiques, enseignements hospitaliers, séances d'histoire de la médecine, réunions du groupe d'éthique clinique. Au cours du 3ème cycle, les résidents doivent valider 35 séances d'enseignement ; ils peuvent bénéficier d'une équivalence pour 10 séances, en suivant notamment des enseignements de formation continue ou des modules transversaux, ouverts à tous les étudiants de l'université (culture religieuse, philosophie, théologie, éthique, solidarité).

Chaque thème d'enseignement théorique est placé sous la responsabilité d'au moins deux généralistes enseignants, qui s'adjoignent un "expert", enseignant de la faculté ou spécialiste privé. Tous les ans, les documents remis aux étudiants sont rassemblés dans un recueil, diffusé à l'ensemble des généralistes enseignants et archivé à la faculté.

La validation est fondée sur l'assiduité et sur des post-tests remplis à la fin de chaque séance. A partir de la rentrée 1998, des tests différés sont mis en place (il s'agit pour l'étudiant de définir une conduite à tenir en réponse à un cas clinique), ainsi que des "cliniques" en fin de 3ème cycle (sous forme d'un entretien oral).

Le taux de satisfaction des étudiants qui ont répondu à l'enquête est très élevé par rapport à la moyenne nationale : ils sont 64,3% à trouver les enseignements intéressants.

Les généralistes enseignants sont recrutés par cooptation, après avoir participé à des séances d'enseignement théorique.

### **La formation pratique hospitalière**

La procédure d'agrément des services est commune à celle de la faculté de médecine de l'université Lille II. Certaines spécialités sont systématiquement écartées : services de traumatologie, services techniques comme les centres d'hémodialyse, services de psychiatrie (sauf s'ils ont une orientation précise en toxicomanie et alcoologie).

Grâce aux relations étroites avec la DRASS, il y a une adéquation stricte entre le nombre de postes offerts et le nombre de stagiaires.

Le coordonnateur hospitalo-universitaire est généralement présent lors du choix des étudiants, qui sont classés en fonction de leurs résultats dans la deuxième partie du 2ème cycle, avec une modulation qui permet que les premiers ne choisissent pas toujours en tête.

Les résidents doivent obligatoirement effectuer un stage de médecine générale ou médecine interne. Ils n'ont pas le droit de choisir une deuxième fois un même service, notamment pour permettre au plus grand nombre possible d'étudiants de faire un stage en urgence, médecine interne et pédiatrie. La faculté cherche à rendre ces trois stages obligatoires, ainsi qu'à mettre en place une valence universitaire pour certains services du GHICL (Groupe hospitalier de l'Institut catholique), dans lesquels le stage équivaldrait au stage en CHU.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

La montée en puissance du 5ème semestre s'est faite apparemment sans difficulté, avec désormais un même nombre de stagiaires dans les semestres d'été et d'hiver. La maquette retenue est d'un à trois maîtres de stage par résident, le premier maître de stage étant le référent. Maîtres de stage et résidents se mettent directement d'accord sur l'organisation de chaque stage.

Des objectifs du stage ont été élaborés, et un livret de stage a été préparé par le collège des généralistes : il est conçu par tranche d'âge, de la petite enfance au 4ème âge, et met l'accent sur la relation médecin-malade et les formalités administratives. L'articulation entre la phase passive et la phase active est laissée totalement à l'appréciation du maître de stage et du résident. La validation se fonde, outre l'assiduité, sur un rapport de stage ; elle est assurée par le coordonnateur hospitalo-universitaire et par le coordonnateur généraliste du stage auprès du praticien, qui assurent un suivi régulier des stagiaires, avec une réunion mensuelle.

Il n'est pas indiqué combien d'étudiants ont pu effectuer des stages en structures de soins primaires, ni la durée de ces stages. Un effort de diversification est en cours (PMI, médecine du travail, caisse régionale d'assurance maladie, médecine militaire, centre polyvalent de santé universitaire). Les étudiants ont également cherché par eux-mêmes des possibilités de stage médicaux ou paramédicaux (orthophonie, pharmacie).

Les maîtres de stage n'ont pas eu de formation spécifique, en dehors de deux soirées d'information avant le début du stage d'hiver.

Il a été demandé aux étudiants de faire un rapport commun, à l'issue du premier semestre de mise en oeuvre. Ils ont diffusé quatre questionnaires, dont les réponses font apparaître un taux de satisfaction très élevé. L'implication des résidents dans l'organisation et la conduite du stage est particulièrement forte.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

La sensibilisation à la médecine générale en 1er et 2ème cycles est importante : en P2, un généraliste enseignant intervient lors de la semaine d'initiation aux études médicales ; dans le cadre du certificat de synthèse clinique et thérapeutique, en D4, des généralistes participent à quatre thèmes de médecine générale et il a été demandé à chaque enseignant de faire toujours référence à la médecine générale, avec rappel des Références médicales opposables, et de faire appel éventuellement à des généralistes ; depuis 1996, des conférences de médecine générale, se rapprochant des conférences d'internat, sont proposées aux étudiants volontaires de D4, tous les quinze jours, animées par des groupes de trois médecins généralistes ; en 1997, il

a été créé 3 modules spécifiques en D ? (médecine interne, gériatrie et soins palliatifs, anesthésie et réanimation), ainsi qu'un séminaire obligatoire sur la toxicomanie et les dépendances. En revanche, il n'est pas fait mention de stages chez le praticien en 2ème cycle.

Les étudiants sont bien informés des actions de formation médicale continue faites à la faculté et notamment des journées annuelles organisées par le secteur santé (qui regroupe les écoles de sages femmes, délégués médicaux, service social, masso-kinésithérapie, soins infirmiers). Ils sont encouragés à y participer, par la mise en place d'un système d'équivalence avec les séances de formation initiale.

En 1997, 8 thèses sur 25 ont porté sur un sujet lié à la médecine générale. Parmi les résidents qui ont répondu à l'enquête, 57,2% avaient terminé leur thèse, soit une proportion très supérieure à la moyenne nationale (18,8%).

Un effort important est réalisé pour développer les travaux de recherche : participation de tous les enseignants à une enquête sur la prescription des psychotropes (conduite en collaboration avec la faculté Paris-Sud) et à une enquête sur les consultations d'adolescents auprès de leur médecin généraliste, qui a été le point de départ d'une thèse de médecine générale ; création, à l'initiative du collège des généralistes enseignants, d'un groupe régional de médecine libérale de l'ANDEM.

### Points forts

### Points faibles

<ul style="list-style-type: none"> <li>. Les relations étroites et de longue date entre la Faculté libre et un groupe actif de médecins généralistes</li> <li>. L'importance accordée à la médecine générale dans l'ensemble du cursus des études médicales</li> <li>. L'ouverture de la formation de 3ème cycle de médecine générale sur d'autres disciplines, d'autres professions de santé, ainsi que sur la formation continue</li> <li>. Les efforts réalisés pour assurer un suivi des étudiants tout en les incitant à être autonomes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. L'insuffisance des moyens dont dispose la structure en charge du 3ème cycle de médecine générale</li> <li>. L'absence de rémunération et de statut universitaire pour les enseignants généralistes</li> </ul>
---	--

### Cotations

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
D	B	B	B	B

# Université de Limoges

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	86	87	55	50	60	52
en T2	80	95	88	75	69	82

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	17
Nombre d'inscrits en T2	69
Taux de réponse (en %)	24,6

### L'orientation vers la médecine générale

	Limoges	France
Par choix après le second cycle	64,7	42,6
Après avoir préparé l'internat	11,8	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	17,6	20,7
Non réponse	5,9	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Limoges	France
Jamais	47,1	70,8
En premier cycle	5,9	2,9
En second cycle	47,1	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

... les enseignements théoriques

	Limoges	France
Intéressants	17,6	31,3
Peu intéressants	70,6	44,9
De qualité variable	11,8	19,9
Non réponse	0	3,9

... les stages hospitaliers

	Limoges	France
Très formateurs	17,6	20,3
Assez formateurs	52,9	39,4
Peu formateurs	17,6	26,5
Pas du tout formateurs	5,9	8,1
Non réponse	5,9	5,8

... le stage chez le praticien

	Limoges	France
Formateur	64,7	68,6
Pas formateur	29,4	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	5,9	4,9

### Stages en service d'urgences

	Limoges	France
Aucun	23,5	24,8
Un	29,4	37,4
Deux	11,8	13,5
Trois	0	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	35,3	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Limoges	France
Non commencée	23,5	28,6
En cours	47,1	52,3
Terminée	29,4	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Limoges	France
Installation en cabinet	41,2	49,7
Activité salariée	35,3	26,3
Indéterminé	17,6	18,9
Non réponse	5,9	5,1

## Structures et moyens

**Le Département de Médecine générale**, créé en 1987, fait suite à la Commission du 3ème cycle de Médecine générale qui existait depuis la mise en place de la réforme du 3ème cycle. Son Conseil comporte une représentation non strictement paritaire des trois composantes du résidanat, hospitalo-universitaire (5 sièges), hospitalière non universitaire (3 sièges), généraliste (7 sièges), à laquelle est adjointe une représentation des étudiants (1 étudiant du 2ème cycle et seulement 1 résident) complétée par une intéressante représentation des responsables de la formation continue (1 hospitalo-universitaire, 1 libéral) et des unions professionnelles (1 siège), disposition originale propre à la faculté de médecine de Limoges et qui prend en compte les missions statutaires des unions concernant la réflexion sur la formation initiale des médecins libéraux. L'exécutif du département semble constitué par un bureau de 6 membres (3 hospitalo-universitaires et 3 médecins généralistes), animé à la fois par un directeur (l'enseignant coordonnateur hospitalo-universitaire) et par un président (le professeur associé de médecine générale), sans que les attributions respectives de l'un et de l'autre soient clairement précisées.

Le département dispose de moyens spécifiques qui semblent très modestes :

- . des locaux restreints à un seul bureau, ne disposant même pas d'un micro-ordinateur ;
- . une infrastructure administrative réduite au détachement d'une secrétaire deux demi-journées par semaine, le reste de la gestion administrative étant supportée de façon non codifiée par les services administratifs centraux de la faculté ;
- . un budget de fonctionnement apparemment autonome mais extrêmement faible, ce qui conduit à émettre de sérieux doutes quant à la capacité du département à assurer authentiquement ses missions. En effet, la dotation annuelle de fonctionnement n'est que de 7 000 F ; elle est complétée par une ligne budgétaire de 13 500 F, théoriquement dévolue à la rémunération des heures complémentaires et au remboursement des frais de déplacements des généralistes enseignants. La confrontation de ces chiffres avec les programmes d'enseignement théorique laisse penser que soit très peu d'heures d'enseignement sont effectivement assurées, soit la majorité d'entre elles le sont à titre bénévole de la part des médecins généralistes ;
- . un enseignant associé de médecine générale a été recruté en 1991 ; il est assisté par un groupe de 25 généralistes enseignants.

## La formation théorique

Le volume de la formation théorique est de 110 heures, réparties sur deux ans, à raison de deux à trois modules par année, organisés de manière centralisée, de novembre à juin, dans les locaux de la faculté. Les séances d'enseignement, d'une durée unitaire de deux à quatre heures, sont organisées le jeudi après-midi, les étudiants de chacune des promotions étant distribués en deux groupes.

Le programme des enseignements est réparti en modules, dont on ne peut déterminer si le découpage obéit à des raisons d'organisation ou à des choix thématiques. Certains contenus font référence à des dimensions spécifiques des pratiques professionnelles en médecine générale, mais la plupart semblent organisés autour de thèmes qui restent essentiellement disciplinaires.

On ne dispose pas de renseignement concernant le processus de planification pédagogique ; il est simplement indiqué que le responsable est un hospitalo-universitaire, assisté en général de deux généralistes enseignants. De même, en dehors de la classique mention de l'interactivité, on dispose de peu d'informations sur les modalités d'intervention pédagogique.

Parmi les étudiants qui ont répondu à l'enquête, une forte proportion (70 %) juge les enseignements théoriques peu intéressants.

La validation de la formation théorique repose sur le contrôle de l'assiduité (minimum exigé 75 %) ; en cas d'insuffisance, un contrôle, écrit en T1 et oral en T2, est organisé sous la responsabilité d'un jury mixte, hospitalo-universitaire et généraliste.

Les généralistes enseignants semblent recrutés sous la seule responsabilité du Collège des généralistes enseignants du Limousin, qui en assure lui-même la formation pédagogique (modalités non précisées) ou qui délègue cette formation aux structures professionnelles nationales.

### La formation pratique hospitalière

Pour éclairer la procédure d'agrément des stages hospitaliers, une démarche évaluative a été récemment entreprise auprès des chefs de service et des étudiants. Le président du département de médecine générale participe à la Commission d'agrément.

L'adéquation de l'offre de stages au nombre de résidents à répartir semble réalisée à quelques unités près. Les stages très spécialisés ont peu à peu été exclus de l'offre de stages.

La procédure de choix des résidents, à laquelle n'assiste pas toujours un responsable du département, prend en compte l'ancienneté et les résultats académiques obtenus au CSCT.

Le cursus hospitalier se contente de respecter l'exigence réglementaire d'un seul stage en CHU, la possibilité de choisir consécutivement deux fois le même service n'étant pas exclue.

Les responsabilités confiées aux résidents et aux internes de spécialité sont identiques, à l'exception de certaines gardes et astreintes spécialisées en CHU.

Il n'est pas rare que les contraintes hospitalières créent des difficultés nuisant à l'assiduité des résidents aux enseignements théoriques. A cet égard, il est difficile de faire la part entre le poids réel des contraintes de travail et l'attractivité intrinsèque de la formation : peut-être n'est-ce pas une coïncidence fortuite si la proportion d'étudiants jugeant très formateurs ou assez formateurs leurs stages hospitaliers est strictement identique à celle jugeant les enseignements théoriques peu intéressants (70,5 %).

### La formation pratique extra-hospitalière

La montée en puissance du cinquième semestre de stage chez le praticien ne semble pas évidente. Le rapport entre le nombre de maîtres de stage et l'effectif d'une promotion de résidents est d'environ 1,5 et il n'est pas prévu de l'augmenter au cours de l'année qui vient. Il a été nécessaire d'affecter près du double d'étudiants en stage durant le semestre d'été que pendant le semestre d'hiver, ce qui a immanquablement conduit à des contraintes fortes sur le fonctionnement des hôpitaux. Les prévisions d'affectation de résidents en stage pour l'année universitaire prochaine ne sont pas fournies, ce qui révèle probablement d'importantes difficultés. La maquette adoptée est celle d'un stage effectué chez un à trois maîtres de stage, dont le cas échéant un maître de stage coordonnateur, par périodes de durée variable selon les contraintes de chacun.

Il existe un livret de stage élaboré sous l'égide du Collège local des généralistes enseignants. L'articulation entre la phase passive et la phase active du stage fait l'objet de simples recommandations du département. L'avis concernant la validation du stage est formulé par le maître de stage coordonnateur à partir d'un rapport de stage.

Tous les maîtres de stage ont suivi une formation spécifique à la maîtrise de stage, dont un tiers lors du dernier semestre.

Il ne semble pas y avoir eu pour l'instant d'offre de stages en structures hors cabinet. Ce volet du cinquième semestre semble d'ailleurs faire l'objet de plusieurs réserves et d'une faible adhésion de la part de l'équipe pédagogique du 3ème cycle de médecine générale.

Le bilan de l'introduction du cinquième semestre fait actuellement l'objet d'une évaluation à l'occasion d'une thèse de médecine générale. La nécessité d'une coordination de la formation par les stages avec la formation par les enseignements théoriques a bien été perçue.

## Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte

La sensibilisation à la médecine générale est effective dès le P2 (une réunion d'information est assurée par l'enseignant associé de médecine générale) mais surtout en 2ème cycle : un séminaire thématique de médecine générale (deux demi-journées) et un stage de sensibilisation en médecine générale (quatre à six demi-journées) sont organisés en D2. En D4, un certificat optionnel de médecine générale (24 heures de cours) est assuré par l'enseignant associé de médecine générale qui intervient également dans certaines réunions hospitalières. Le département de médecine générale contribue également à la réflexion concernant la définition des objectifs d'enseignement du second cycle.

Environ 5 thèses par an, le plus souvent dirigées par un généraliste enseignant, ont été soutenues depuis 5 ans sur un sujet ayant trait en tout ou partie à une problématique de médecine générale. Une sensibilisation à la préparation de la thèse est proposée aux étudiants dès le début du 3ème cycle.

Au-delà de ces thèses, la recherche en médecine générale semble peu développée.

Les résidents semblent peu participer à des actions de formation médicale continue, alors que la faculté paraît active dans ce domaine.

### Points forts

### Points faibles

<ul style="list-style-type: none"> <li>. Une formation au sein des stages hospitaliers globalement bien appréciée par les résidents</li> <li>. Une sensibilisation à la médecine générale bien développée dès le 2ème cycle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Des moyens spécifiques très faibles, notamment un budget insuffisant pour assurer le financement du programme d'enseignements théoriques annoncé</li> <li>. Une formation pédagogique des généralistes enseignants systématiquement déléguée à des structures extra-facultaires</li> <li>. Une réflexion pédagogique concernant la formation théorique qui semble relativement peu originale, contrastant avec l'image et l'antériorité de la faculté de Limoges en matière de rénovation pédagogique</li> <li>. Des difficultés dans la mise en place du cinquième semestre</li> </ul>
--	--

### Cotations

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
D	D	C	C	C

# Université Lyon I

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	346	319	197	159	168	178
en T2	270	259	247	222	204	210

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	74
Nombre d'inscrits en T2	204
Taux de réponse (en %)	36,3

### L'orientation vers la médecine générale

	Lyon	France
Par choix après le second cycle	41,9	42,6
Après avoir préparé l'internat	40,5	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	16,2	20,7
Non réponse	1,4	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Lyon	France
Jamais	66,2	70,8
En premier cycle	1,4	2,9
En second cycle	33,8	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

#### ... les enseignements théoriques

	Lyon	France
Intéressants	37,8	31,3
Peu intéressants	43,2	44,9
De qualité variable	14,9	19,9
Non réponse	4,1	3,9

#### ... les stages hospitaliers

	Lyon	France
Très formateurs	32,4	20,3
Assez formateurs	33,8	39,4
Peu formateurs	18,9	26,5
Pas du tout formateurs	6,8	8,1
Non réponse	8,1	5,8

#### ... le stage chez le praticien

	Lyon	France
Formateur	82,4	68,6
Pas formateur	17,6	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	0	4,9

### Stages en service d'urgences

	Lyon	France
Aucun	13,5	24,8
Un	50,0	37,4
Deux	16,2	13,5
Trois	6,8	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	13,5	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Lyon	France
Non commencée	21,6	28,6
En cours	55,4	52,3
Terminée	23,0	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Lyon	France
Installation en cabinet	39,2	49,7
Activité salariée	33,8	26,3
Indéterminé	17,5	18,9
Non réponse	9,5	5,1



## Structures et moyens

**La Commission du 3ème cycle de Médecine générale**, créée en 1982, est une structure interfacultaire qui, sous la responsabilité directe du Comité de coordination des études médicales, centralise la gestion administrative et pédagogique des étudiants des quatre UFR de médecine lyonnaises. Ses 32 membres représentent, de façon paritaire, les quatre composantes : hospitalo-universitaire, généraliste, hospitalière non universitaire et étudiante. Elle est présidée par un doyen, qui représente le président du CCEM, et dirigée par deux coordonnateurs, l'un hospitalo-universitaire, l'autre enseignant associé de médecine générale. La Commission plénière, qui se réunit au moins trois fois par an, est assistée de trois sous-commissions (stages hospitaliers, stages chez le praticien, enseignements théoriques), chacune d'entre elles se réunissant également au moins trois fois par an.

La commission dispose de moyens qui, pour une part, sont mutualisés et, pour une autre part, restent décentralisés dans chaque UFR :

- . les locaux comportent un bureau pour le maître de conférences associé, des locaux situés au sein du service commun de scolarité et d'autres dans les secrétariats administratifs des UFR médicales - les uns et les autres dotés de leurs équipements informatiques propres ;
- . l'infrastructure administrative regroupe une unité centralisée pour ce qui concerne l'organisation pédagogique et administrative générale du 3ème cycle de médecine générale (un agent à temps plein et un responsable administratif à tiers temps) et une unité décentralisée dans chacun des secrétariats d'UFR (0,8 agent par UFR) en ce qui concerne le suivi de la scolarité du résident jusqu'à la thèse ;
- . le budget de la Commission du 3ème cycle de médecine générale est entièrement mutualisé. Il comporte une dotation forfaitaire annuelle de fonctionnement de 71 000 F, abondée par les budgets respectifs des UFR médicales et une ligne d'heures complémentaires à hauteur de 1488 heures, votée par le Conseil d'Administration de l'université ;
- . après une année blanche, consécutive au départ en retraite du premier professeur associé de médecine générale, un emploi de maître de conférences associé a été ré-affecté en 1995-1996, complété par le recrutement d'un deuxième maître de conférences associé en 1997-1998. L'équipe pédagogique est composée de 76 généralistes attachés d'enseignement, quatre hospitalo-universitaires et dix praticiens hospitaliers qui interviennent notamment dans les unités décentralisées.

## La formation théorique

Le volume de la formation théorique est d'environ 150 heures, par étudiant, réparties sur deux ans, à choisir parmi une offre globale de formation de 329 heures. Les enseignements sont organisés pour partie de façon centralisée à Lyon, dans les locaux universitaires et pour partie dans les différentes unités pédagogiques décentralisées, dans les locaux des hôpitaux périphériques de la subdivision.

L'offre de formation est quantitativement importante et qualitativement variée. En utilisant un barème d'équivalents points, le résident doit sélectionner un nombre d'activités de formation correspondant à environ 100 heures de formation par an (150 à partir de 1997-1998) choisies parmi des séances en soirée ou en après-midi, des séminaires d'une journée, des unités de valeur cumulables, des ateliers pratiques ; enfin tout étudiant doit participer à au moins deux séances de formation médicale continue en soirée. Les contenus de ces différentes formations font référence soit à des problématiques syndromiques, soit à des grandes fonctions du médecin généraliste au sein du dispositif de santé, soit à des sujets illustrant des compétences ou sous-compétences spécifiques de l'activité des médecins généralistes. Les méthodes pédagogiques utilisées sont qualifiées de variées et d'interactives, mais on ne dispose pas de renseignements précis permettant de se faire une opinion du processus de planification pédagogique.

La validation repose sur l'assiduité, évaluée à l'aide de points cumulés, l'exigence minimale étant de 400 points, soit 100 heures.

Les généralistes enseignants sont recrutés suivant des critères précis : ancienneté de l'installation, pratique professionnelle, participation à la formation continue, abonnement à des revues scientifiques, engagement à

recevoir une formation pédagogique. Cette formation n'est pas assurée par l'université, mais totalement déléguée à des structures de formation professionnelle, notamment à l'École de Riom.

### La formation pratique hospitalière

La diminution récente du nombre de résidents à répartir a permis de redéfinir les critères d'agrément et de restreindre le nombre de services agréés sur l'ensemble de la subdivision en vue d'un meilleur encadrement et d'une meilleure formation des résidents. Cette démarche a mobilisé de manière concertée la commission du 3ème cycle de médecine générale, la DRASS et les directions hospitalières ; elle repose sur une instruction conduite sous l'égide de la commission du 3ème cycle et de sa sous-commission ad hoc, à partir des informations fournies par les chefs de service en réponse à un questionnaire, recoupées avec celles fournies par les résidents à l'issue de leur stage.

Il n'a pas été fourni de renseignements sur la précision de l'adéquation entre l'offre de stages et le nombre de résidents à répartir chaque semestre.

La procédure de choix est effectuée par ordre d'ancienneté et par ordre de mérite, évalué sur la base des résultats académiques de la totalité du 2ème cycle. Des modalités particulières sont réservées aux élèves de l'École du Service de Santé des Armées ; des dispositions particulières permettent également la prise en compte de particularités médico-sociales appréciées par une commission paritaire étudiants - administration.

Au sein des services, les responsabilités des résidents et des internes DES sont parfois différentes, notamment pour ce qui concerne leur participation aux différents tableaux de garde.

Globalement, une proportion importante d'étudiants (66 %), supérieure à la moyenne nationale, juge les stages hospitaliers très formateurs ou assez formateurs.

### La formation pratique extra-hospitalière

La montée en puissance du cinquième semestre est réelle, mais le processus est encore fragile, du fait de difficultés pour recruter des maîtres de stage. Jusqu'à présent, il n'a été possible d'affecter chez le praticien que moins du tiers d'une promotion de résidents par semestre. La maquette prévoit un stage effectué chez un, deux ou trois maîtres de stage dont un coordonnateur, cette fonction étant tournante au sein du binôme ou du trinôme. La répartition des différentes périodes de stage s'effectue le plus souvent par semaine.

Il existe un livret de stage qui semble avoir été préparé par les seuls enseignants associés de médecine générale et dont l'évaluation sur le terrain reste à faire. L'articulation entre la phase passive et la phase active fait l'objet de simples recommandations de la part de la commission du 3ème cycle de médecine générale. L'avis concernant la validation du stage est formulé par le maître de stage coordonnateur à partir d'un rapport de stage, d'un carnet de bord du résident et d'une fiche de validation établie conjointement par le maître de stage et son stagiaire.

Environ 90 % des maîtres de stage ont suivi une formation spécifique organisée sous l'égide de la commission par les enseignants associés de médecine générale.

L'offre de stages en structures hors cabinet est très diversifiée et permet de proposer en moyenne une quinzaine de demi-journées de stage à chaque résident.

La préparation, le suivi et le bilan du semestre de stage chez le praticien ont fait l'objet d'une évaluation très systématique auprès des résidents et des maîtres de stage. L'introduction du 5ème semestre n'a pas eu, jusqu'à présent, d'autre retombée sur la formation théorique qu'une augmentation du nombre de séances d'enseignement.

### Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte

Les modalités de sensibilisation à la médecine générale en P2 et en 2ème cycle sont variables d'une UFR à l'autre. Le séminaire de médecine générale a été mis en place en 1996-1997 à Lyon Laënnec et Lyon Sud. A Lyon Laënnec, Lyon Grange-Blanche et Lyon-Nord, il existe un certificat optionnel de médecine générale.

Pour une part (non précisée), les thèses concernent un sujet ayant trait en tout ou partie à une problématique de médecine générale. Depuis 1998, des ateliers de préparation et de suivi du travail de thèse sont organisés. En dehors de celles-ci, il n'y a pas encore d'activités structurées de recherche en médecine générale.

Il ne semble pas y avoir d'interaction statutaire formelle entre la commission du 3ème cycle de médecine générale et les structures universitaires de formation médicale continue.

#### Points forts

- . Une bonne gestion de la contrainte que constitue l'éclatement du 3ème cycle de médecine générale sur 4 facultés
- . Des moyens administratifs, humains, matériels et financiers globalement adaptés aux missions de la Commission
- . La qualité et la variété de la formation théorique offerte aux résidents
- . Une gestion concertée de la procédure d'agrément des stages hospitaliers par les trois composantes tutélaires (université, DRASS, hôpitaux)

#### Points faibles

- . Un risque de morcellement de la formation théorique suivie par chaque résident, du fait de son caractère "optionnel"
- . Un vivier limité de maîtres de stage
- . Des activités de recherche en médecine générale encore insuffisamment développées compte tenu des potentialités

#### Cotations

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
B	B	B	C	C

# Université Montpellier I

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	184	150	108	93	78	77
en T2	161	140	110	118	125	105

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	12
Nombre d'inscrits en T2	125
Taux de réponse (en %)	9,6

Compte tenu du faible nombre de réponses, les résultats sont à considérer avec prudence.

### L'orientation vers la médecine générale

	Montpellier	France
Par choix après le second cycle	58,3	42,6
Après avoir préparé l'internat	25,0	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	16,7	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Montpellier	France
Jamais	66,7	70,8
En premier cycle	0	2,9
En second cycle	33,3	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

#### ... les enseignements théoriques

	Montpellier	France
Intéressants	75,0	31,3
Peu intéressants	16,7	44,9
De qualité variable	8,3	19,9
Non réponse	0	3,9

#### ... les stages hospitaliers

	Montpellier	France
Très formateurs	0	20,3
Assez formateurs	50,0	39,4
Peu formateurs	41,7	26,5
Pas du tout formateurs	8,3	8,1
Non réponse	0	5,8

#### ... le stage chez le praticien

	Montpellier	France
Formateur	66,7	68,6
Pas formateur	33,3	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	0	4,9

### Stages en service d'urgences

	Montpellier	France
Aucun	50,0	24,8
Un	33,3	37,4
Deux	16,7	13,5
Trois	0	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	0	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Montpellier	France
Non commencée	33,3	28,6
En cours	50,0	52,3
Terminée	16,7	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Montpellier	France
Installation en cabinet	50,0	49,7
Activité salariée	16,7	26,3
Indéterminé	16,7	18,9
Non réponse	16,7	5,1

## Structures et moyens

**La Commission pédagogique**, qui est en charge du 3ème cycle de médecine générale depuis 1983, a seulement des fonctions analogues aux commissions pédagogiques du 1er et du 2ème cycles. Son rôle est d'autant plus limité qu'elle ne se réunit qu'une fois par an. Présidée par le doyen et gérée par le coordonnateur hospitalo-universitaire, elle associe 3 hospitalo-universitaires internistes, 3 praticiens hospitaliers, 2 généralistes enseignants et 1 à 2 résidents (qui n'y participent pas, faute de pouvoir bien l'identifier).

La commission n'a pas de moyens propres :

- . elle n'a pas de locaux spécifiques, le doyen expliquant que "tous les mètres carrés de la faculté sont à la disposition du 3ème cycle de médecine générale" ;

- . elle dispose d'un temps partiel de secrétariat à Montpellier et d'un mi-temps à Narbonne, auxquels s'ajoute la participation ponctuelle des secrétaires universitaires affectées dans les services de médecine interne ;

- . elle n'a pas de budget propre, ni de centre de responsabilité dans le système Nabuco. La dotation en heures complémentaires est difficile à apprécier : 1 000 heures seraient attribuées chaque année depuis 1992, mais 750 heures seulement seraient utilisées ;

- . il n'y a pas d'enseignant associé de médecine générale ; la faculté envisage de demander un emploi en 1999 ou 2000. On compte 33 chargés d'enseignement.

## La formation théorique

Le volume global de la formation, par étudiant, se limite à 49 heures, concentrées sur le premier semestre du 3ème cycle, sous forme de 7 séminaires de 7 heures (le jeudi). Les enseignements étaient initialement décentralisés sur onze sites, mais, faute d'un contrôle strict de l'assiduité, ils étaient peu suivis ; ils ont donc été recentrés sur les trois sites de Montpellier, Narbonne et Nîmes, ce qui impose des déplacements importants à certains étudiants, en poste dans des hôpitaux éloignés, à Mende ou Perpignan par exemple.

L'enseignement est effectué essentiellement par des généralistes enseignants, au nombre de deux en moyenne par séminaire, parfois trois ou quatre. Un hospitalo-universitaire ou un praticien hospitalier participent en principe à la formation : il s'agit exclusivement d'internistes, dont certains se demandent quel est exactement leur rôle. Des universitaires ou des hospitaliers sont invités selon les thèmes, en tant qu'experts.

Le contenu a été défini par la commission pédagogique et le collège des généralistes enseignants, dont l'action est déterminante. Mais il n'y a pas véritablement de relations entre les trois centres d'enseignement. Les méthodes pédagogiques sont très interactives (ateliers, jeux de rôles, utilisation de vidéos, interviews) et les praticiens paraissent extrêmement motivés par cette démarche.

La validation est fondée sur l'assiduité, avec un contrôle rigoureux. Les étudiants doivent valider sept séminaires. En cas d'absence, ils doivent se réinscrire l'année suivante, mais au séminaire de leur choix, si bien qu'ils peuvent reprendre un séminaire qu'ils ont déjà suivi ...

## La formation pratique hospitalière

Le coordonnateur hospitalo-universitaire participe à la commission d'agrément, où les résidents sont également représentés. Depuis 1986, il n'y a pas eu de nouvelle enquête sur les services agréés. Mais l'association des résidents de médecine générale rassemble les informations fournies par les étudiants. L'offre de stage est insuffisante en pédiatrie et en obstétrique.

Il n'y avait pas jusqu'à cette année d'adéquation entre le nombre de postes et les effectifs de stagiaires, vingt à trente postes pouvant rester vacants. Désormais, il n'est plus toléré qu'une marge de 5%, ce qui permet d'éviter que des services formateurs mais éloignés ne soient pas choisis par les étudiants.

Le choix est fondé sur un système complexe (quatre groupes constitués d'une manière aléatoire, avec un ordre de choix variant tous les six mois), mais qui donne globalement satisfaction aux intéressés. Le coordonnateur n'a pas estimé utile jusqu'ici d'être présent à ce choix.

Il n'y a pas de cursus défini ; les étudiants peuvent aller plusieurs fois dans le même service.

Dans certains services du CHU, les résidents et les internes de spécialités ne sont pas considérés de la même manière.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

Compte tenu d'un vivier restreint de maîtres de stage et surtout de la démotivation de bon nombre d'entre eux, il n'est pas prévu actuellement d'affecter significativement davantage d'étudiants en stage pendant le semestre d'hiver que pendant le semestre d'été. La maquette adoptée est celle d'un stage effectué chez un à trois maîtres de stage, dont un coordonnateur, le cas échéant, par période d'un mois.

Il n'y a pas, pour l'instant, de livret de stage systématiquement utilisé mais on fait état d'une expérience "pilote" durant l'actuel semestre d'été. L'articulation entre la phase active et la phase passive fait l'objet de simples recommandations de la part du département. L'avis de validation est prononcé par l'enseignant coordonnateur à partir d'un rapport de stage et de l'appréciation du maître de stage.

Tous les maîtres de stage ont suivi un séminaire spécifique de formation.

Il n'y a pas eu de stage en structures hors cabinet durant le premier semestre d'hiver ; une offre restreinte aux services de PMI devait être proposée à 6 résidents seulement durant le semestre d'été, à hauteur de 4 à 5 journées de stage par résident stagiaire.

On dispose de très peu d'informations concernant les procédures de préparation, de suivi et d'évaluation du semestre d'hiver 1997-1998.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

Il n'y a pas de sensibilisation à la médecine générale en 1er ni 2ème cycles. Un module optionnel avait été mis en place en D4, mais après le CSCT : faute d'étudiants volontaires, il a été supprimé.

Le nombre de thèses dirigées portant sur des sujets de médecine générale est très faible (4 à 6 par an). Les généralistes enseignants manquent d'une formation à la direction de thèse.

Il n'y a pas d'activités de recherche, ni de lien avec la formation médicale continue.

**Points forts****Points faibles**

<ul style="list-style-type: none"> <li>. L'investissement personnel du coordonnateur hospitalo-universitaire et le dynamisme persistant de certains généralistes enseignants</li> <li>. Un effort récent d'adéquation pour les stages hospitaliers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. La place très secondaire qui est faite à la formation à la médecine générale dans une faculté tournée vers les spécialités : pas de structure clairement identifiée, pas d'enseignant associé, pas de sensibilisation en 1er et 2ème cycles, pas d'orientation des thèses vers la médecine générale</li> <li>. Une difficile mise en place du cinquième semestre</li> </ul>
---	--

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
E	D	D	D	E

# Université Nancy I

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	160	171	135	119	119	121
en T2	153	145	144	139	141	157

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	45
Nombre d'inscrits en T2	141
Taux de réponse (en %)	31,9

### L'orientation vers la médecine générale

	Nancy	France
Par choix après le second cycle	48,9	42,6
Après avoir préparé l'internat	28,9	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	20,0	20,7
Non réponse	2,2	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Nancy	France
Jamais	64,4	70,8
En premier cycle	11,1	2,9
En second cycle	31,1	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

... les enseignements théoriques

	Nancy	France
Intéressants	28,9	31,3
Peu intéressants	51,1	44,9
De qualité variable	20,0	19,9
Non réponse	0	3,9

... les stages hospitaliers

	Nancy	France
Très formateurs	17,8	20,3
Assez formateurs	57,8	39,4
Peu formateurs	17,8	26,5
Pas du tout formateurs	6,7	8,1
Non réponse	0	5,8

... le stage chez le praticien

	Nancy	France
Formateur	57,8	68,6
Pas formateur	37,8	24,9
Variable	4,4	1,6
Non réponse	0	4,9

### Stages en service d'urgences

	Nancy	France
Aucun	51,1	24,8
Un	35,6	37,4
Deux	6,7	13,5
Trois	0	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	6,7	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Nancy	France
Non commencée	17,8	28,6
En cours	62,2	52,3
Terminée	20,0	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Nancy	France
Installation en cabinet	55,6	49,7
Activité salariée	28,9	26,3
Indéterminé	13,3	18,9
Non réponse	2,2	5,1



## Structures et moyens

**Le Département d'enseignement et de recherche en Médecine générale**, créé en juin 1997, a succédé à la Commission de coordination et d'évaluation du 3ème cycle de médecine générale, en élargissant sa compétence aux 1er et 2ème cycles. Cette évolution s'inscrit dans une démarche plus large de la faculté qui a récemment mis en place, outre le département de formation continue, des départements disciplinaires (anatomie, biophysique, histologie, etc.). La reconnaissance accordée à la médecine générale n'est pas nouvelle, puisque, dès 1975, la faculté avait organisé des stages chez le praticien. Le département de médecine générale est composé, à parité, d'hospitalo-universitaires, de praticiens hospitaliers et de médecins généralistes, nommés par le doyen ; il comprend aussi trois représentants étudiants (dont deux résidents). Il est géré de façon collégiale, avec pour président l'enseignant associé de médecine générale, pour vice-président un praticien hospitalier et pour coordonnateur un hospitalo-universitaire. Dans les quatre commissions qu'il a constituées (sur la pédagogie, l'évaluation, la recherche, les stages), la participation des universitaires est effective et ne se limite plus aux seuls internistes.

Le département dispose de moyens importants :

- . il a des locaux spécifiques (quatre bureaux et une salle de réunion) ;
- . il finance un mi-temps de secrétariat sur son budget ; en outre, le service central de scolarité dédie un emploi et demi à la gestion du résidanat ;
- . il dispose d'un budget propre, géré par le coordonnateur et qui correspond à 30% des droits d'inscription (soit 82 KF en 1997), auquel s'ajoutent 900 heures complémentaires prises sur la dotation de la faculté ;
- . un emploi d'enseignant associé a été créé dès 1991 ; il est actuellement occupé par un maître de conférences recruté en 1997. L'équipe pédagogique est nombreuse et très équilibrée : elle comprend 18 hospitalo-universitaires (dont 16 professeurs et 2 maîtres de conférences), 12 praticiens hospitaliers (dont 5 chargés et 7 attachés d'enseignement), 35 généralistes enseignants (dont 10 chargés et 25 attachés d'enseignement).

## La formation théorique

Le volume global de la formation est de 108 heures par étudiant, réparties également sur deux ans. Les enseignements sont dispensés l'après-midi (de 14 h à 17 h) et, pour les trois séminaires de T2, le samedi.

Le programme traduit le souci d'une progression de l'enseignement au cours du résidanat. En 1ère année, il comporte un enseignement dit de médecine générale avec un tronc commun et des thèmes optionnels, ainsi qu'un enseignement modulaire (gériatrie, alcoologie, préparation à l'exercice professionnel, préparation à la thèse et à la recherche en médecine générale). En 2ème année, il comporte un enseignement de santé publique, trois séminaires (le malade en fin de vie, pathologie de l'appareil locomoteur, gestion du handicap) et un enseignement modulaire (2 modules à choisir parmi 8 proposés).

Les enseignements sont préparés et réalisés par des binômes composés d'un généraliste (ou deux) et d'un hospitalo-universitaire ou praticien hospitalier. La pédagogie, interactive, repose le plus souvent sur l'étude de cas cliniques. Les étudiants soulignent l'inégale qualité pédagogique des enseignements. Avec l'introduction du cinquième semestre, il est prévu que la commission pédagogique revoie le contenu de la formation théorique et mette en place une harmonisation des enseignements.

La validation repose sur l'assiduité (avec seulement trois absences tolérées chaque année), sur des tests réalisés à la fin des séances en 1ère année et sur un examen (ECOS) en fin de 2ème année. La moyenne est exigée aux tests et à l'examen. En cas d'échec, les étudiants doivent suivre des séances de rattrapage ou réaliser un mémoire.

Les généralistes enseignants doivent participer à des formations internes (séminaires organisés par l'association des Médecins généralistes enseignants de la Région lorraine - AMGERL, ou DIU de Pédagogie médicale, commun à l'interrégion Nord-Est et qui est issu d'un DU créé à Nancy en 1988) ou à des formations externes (comme les séminaires de l'École de Riom).

### **La formation pratique hospitalière**

La commission des stages prépare la procédure d'agrément par un recueil régulier d'informations sur les services (une fiche spécifique doit être remplie par le chef de service, pour toute demande d'agrément). Depuis quelques années, les services de chirurgie spécialisée ne sont plus agréés. En outre, l'association des résidents, créée en 1997, publie une brochure qui rassemble les avis des résidents et des chefs de service.

La commission d'adéquation est préparée par une réunion de pré-adéquation entre le coordonnateur et les responsables institutionnels, ce qui permet de réaliser une adéquation fine (à l'unité près) entre le nombre d'étudiants et les terrains de stage.

Le coordonnateur est présent lors du choix. Les étudiants sont classés sur la base du nombre de semestres validés dans le 3ème cycle et de leurs résultats en 2ème cycle.

Il n'y a pas de maquette des stages hospitaliers. Le cursus est entièrement libre, à ceci près qu'un étudiant ne peut effectuer deux stages consécutifs dans le même service.

Le département souhaite améliorer l'encadrement pédagogique des stages hospitaliers, en formulant des objectifs précis (comme il en existe pour les stages de 2ème cycle) et en élaborant un carnet de stage.

Une hiérarchie est établie, dans certains services du CHU, entre internes et résidents, notamment pour les gardes.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

Un vivier déjà structuré de maîtres de stage et la perspective d'un recrutement complémentaire significatif a permis un démarrage sans délai du cinquième semestre, avec une montée en puissance qui prévoit l'affectation prédominante de résidents durant le semestre d'hiver. Les trois quarts des résidents ont effectué leur stage chez un seul maître de stage ; quand le stage est effectué chez deux ou, exceptionnellement, trois maîtres de stage, l'un d'entre eux assure la fonction de coordonnateur.

Un livret de stage centré sur l'évaluation formative du stagiaire a été préparé sous l'égide du département, en concertation avec les maîtres de stage et les résidents. L'articulation entre la phase passive et la phase active, qui fait l'objet de recommandations du département, est laissée à l'appréciation du maître de stage et du résident ; des difficultés ponctuelles ont été recensées pour définir le moment du passage en autonomie. L'avis de validation concernant le stage est formulé par une commission ad hoc du département, sur la base de l'assiduité du stagiaire et d'un rapport de stage.

Pratiquement tous les médecins généralistes ont bénéficié d'une formation spécifique, organisée sous l'égide du département.

L'offre de stages en structures de soins primaires hors cabinet est très diversifiée, mais la durée effective du stage dans ces structures a été variable selon les résidents et les centres.

La préparation, le suivi et le bilan du stage ont fait l'objet d'une démarche évaluative systématique, associant l'ensemble des acteurs. De façon fort cohérente, l'outil de cette concertation a été le carnet de stage, qui a déjà fait l'objet de certaines modifications.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

La sensibilisation en 1er et 2ème cycles repose exclusivement sur les médecins généralistes, en collaboration avec le coordinateur du 3ème cycle. Elle consiste en un forum de médecine générale, organisé en D1 un samedi après-midi, et en un stage chez le praticien de quatre demi-journées en D2. La moitié des étudiants environ participe à ces deux activités facultatives.

Le nombre de thèses de médecine générale reste assez faible (10 à 20 thèses par an), malgré une séance de préparation à la thèse (en T1) et à la recherche en médecine générale (en T2). La recherche est encore peu développée.

Les résidents participent en assez grand nombre à des actions de formation continue, notamment la Semaine médicale de Lorraine et les Journées d'actualités thérapeutiques SARLORLUX.

### Points forts

### Points faibles

<ul style="list-style-type: none"> <li>. La politique de la faculté, qui entend accorder à la formation en médecine générale la même importance qu'aux formations de spécialité</li> <li>. Une très bonne entente entre hospitalo-universitaires, praticiens hospitaliers et médecins généralistes</li> <li>. Une organisation efficace, que traduit la qualité du rapport d'évaluation interne et du guide de l'étudiant</li> <li>. Un souci constant d'évaluation des stages et des enseignements théoriques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Une réflexion pédagogique moins avancée sur les stages hospitaliers que pour le reste de la formation (absence de maquette, d'objectifs définis, de livret de stage)</li> <li>. La hiérarchie effectuée, dans certains services du CHU, entre internes et résidents</li> <li>. Une sensibilisation à la médecine générale encore assez peu développée</li> </ul>
---	---

### Cotations

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
A	B	B	B	C

# Université de Nantes

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	82	129	78	65	81	83
en T2	81	95	99	88	89	83

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	24
Nombre d'inscrits en T2	89
Taux de réponse (en %)	27

### L'orientation vers la médecine générale

	Nantes	France
Par choix après le second cycle	62,5	42,6
Après avoir préparé l'internat	20,8	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	16,7	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Nantes	France
Jamais	79,2	70,8
En premier cycle	0	2,9
En second cycle	16,7	26,8
Non réponse	4,2	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

#### ... les enseignements théoriques

	Nantes	France
Intéressants	12,5	31,3
Peu intéressants	62,5	44,9
De qualité variable	20,8	19,9
Non réponse	4,2	3,9

#### ... les stages hospitaliers

	Nantes	France
Très formateurs	29,2	20,3
Assez formateurs	33,3	39,4
Peu formateurs	29,2	26,5
Pas du tout formateurs	8,3	8,1
Non réponse	0	5,8

#### ... le stage chez le praticien

	Nantes	France
Formateur	16,7	68,6
Pas formateur	70,8	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	12,5	4,9

### Stages en service d'urgences

	Nantes	France
Aucun	25	24,8
Un	54,2	37,4
Deux	12,5	13,5
Trois	8,3	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	0	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Nantes	France
Non commencée	20,8	28,6
En cours	58,3	52,3
Terminée	16,7	18,8
Non réponse	4,2	0,3

### Projet professionnel

	Nantes	France
Installation en cabinet	50,0	49,7
Activité salariée	37,5	26,3
Indéterminé	12,5	18,9
Non réponse	0	5,1

Le rapport d'évaluation interne ne suit pas le guide proposé par le CNE. Malgré l'abondance des documents fournis, il n'apporte pas d'indications précises sur de nombreux points, et il comporte très peu d'analyses.

### Structures et moyens

**Le Département de Médecine générale / médecine de famille**, créé en 1992, fait suite à la Commission de coordination et d'évaluation du 3ème cycle de Médecine générale, qui avait été instituée en 1985 et qu'il englobe. Le département est placé sous l'autorité du doyen et du conseil de faculté. Aussi bien le conseil d'administration du département que la commission de coordination et d'évaluation ont une composition paritaire, regroupant des hospitalo-universitaires, des praticiens hospitaliers, des généralistes enseignants ainsi que des représentants des étudiants. La commission est présidée par un hospitalo-universitaire (actuellement le doyen de la faculté, qui s'était investi depuis de nombreuses années dans cette formation) ; l'enseignant associé de médecine générale en est le vice-président. Le conseil d'administration du département se réunit deux à trois fois par an, le bureau tous les mois.

Le département dispose de moyens satisfaisants :

- . 75 m<sup>2</sup> de locaux, équipés d'un matériel informatique et audiovisuel ;
- . un personnel administratif à temps plein ;
- . une ligne budgétaire d'environ 100 KF, qui représente 70% des droits d'inscription, et 500 heures complémentaires ;
- . un maître de conférences associé, recruté en 1993 et qui s'appuie sur une équipe pédagogique composée de six chargés et dix attachés d'enseignement, ainsi que 109 maîtres de stage.

### La formation théorique

Le volume global de la formation est de 172 heures par étudiant, réparties sur l'ensemble du cursus, à raison de deux heures par semaine à jour fixe. Les séances sont organisées, en soirée, dans trois sites, Nantes, La Roche-Sur-Yon, Saint-Nazaire.

Le programme n'a pas été fourni. Il n'est pas précisé comment il est défini, ni par qui. Il semble qu'il soit commun aux T1 et T2, à l'exception d'un module consacré aux urgences, en 1ère année, et d'un module sur l'exercice professionnel, en 2ème année.

Les enseignements sont placés pour l'essentiel sous la responsabilité des médecins généralistes ; l'intervention des hospitalo-universitaires semble très réduite.

La validation est fondée sur l'assiduité, avec une présence obligatoire à deux tiers des séances ; en cas d'assiduité insuffisante, les étudiants passent un examen oral.

Les généralistes enseignants sont choisis par cooptation en fonction de leurs compétences pédagogiques et techniques. Ils bénéficient préalablement de séminaires de formation pédagogique (école de Riom ou DIU de formation de maîtres de stage).

### La formation pratique hospitalière

Le maître de conférences associé de médecine générale participe à la commission d'agrément (depuis cette année), ainsi qu'à la commission d'adéquation et au choix des résidents (qui sont classés sur la base de leurs résultats en 2ème cycle).

Il n'a pas été fourni d'information sur l'adéquation.

Le nombre de postes en pédiatrie et en obstétrique est insuffisant pour répondre aux demandes des étudiants.

Les résidents ne peuvent effectuer plus de deux des quatre stages hospitaliers dans le même service ou la même discipline, sauf s'il s'agit d'un service de médecine interne.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

Malgré un vivier d'une centaine de maîtres de stage, la possibilité d'affecter très sensiblement plus d'étudiants en stage durant le semestre d'hiver que durant celui d'été est subordonnée à un recrutement pour l'instant encore aléatoire de maîtres de stage complémentaires. La maquette adoptée est celle d'un stage réparti entre trois maîtres de stage, dont un coordonnateur, par périodes de durée variable en fonction des contraintes de chacun.

Il existe un livret de stage qui sert également de support à la formation des maîtres de stage. L'articulation entre la phase passive et la phase active résulte d'une appréciation exclusive du maître de stage et du résident. L'avis concernant la validation du stage est prononcé par le département de médecine générale, sur la base de l'assiduité, d'un rapport de stage par le résident et d'une appréciation de chaque maître de stage établie en tenant compte d'une grille d'évaluation critériée et d'une évaluation de l'atteinte des objectifs pédagogiques contractuels.

La plupart des maîtres de stage ont participé à l'une des formations spécifiques organisées depuis deux ans par le Collège local des généralistes enseignants, en partenariat avec le département de médecine générale.

Tous les résidents stagiaires ont pu bénéficier de 30 demi-journées de stage dans des structures hors cabinet, dont l'offre est d'emblée très diversifiée.

L'analyse du premier semestre de stage chez le praticien n'a pas encore été conduite systématiquement.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

Une sensibilisation a été mise en place en 1er et 2ème cycles : présentation de la médecine générale en P1, deux heures de cours en P2, quelques heures en D3, ainsi qu'en D4 dans le cadre du CSCT ; un stage optionnel chez le praticien est proposé en D1 et un stage de quinze demi-journées dans la deuxième partie du 2ème cycle est en projet.

Six à dix thèses par an portent sur des sujets en relation avec la médecine générale. Une initiative mérite d'être soulignée : depuis quatre ans, il est décerné un prix de thèse en médecine praticienne. En outre, il existe un module de préparation à la thèse.

L'activité de recherche paraît se résumer aux publications régulières du maître de conférences associé de médecine générale.

**Points forts****Points faibles**

<ul style="list-style-type: none"> <li>. La forte implication du doyen et de l'enseignant associé de médecine générale</li> <li>. Des moyens satisfaisants</li> <li>. Un effort significatif pour développer les thèses en médecine générale</li> <li>. Une offre importante de stages en structures de soins primaires (hors cabinet)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. L'absence d'implication des hospitalo-universitaires dans la formation théorique</li> <li>. Une implication insuffisante du département dans les procédures concernant les stages hospitaliers, notamment à la commission d'agrément</li> </ul>
---	--

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
B	D	C	C	C

# Université de Nice

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	99	63	39	43	60	50
en T2	64	68	46	43	56	64

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	14
Nombre d'inscrits en T2	56
Taux de réponse (en %)	25

Compte tenu du faible nombre de réponses, les résultats sont à considérer avec prudence.

### L'orientation vers la médecine générale

	Nice	France
Par choix après le second cycle	50,0	42,6
Après avoir préparé l'internat	14,3	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	35,7	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Nice	France
Jamais	78,6	70,8
En premier cycle	0,0	2,9
En second cycle	21,4	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

#### ... les enseignements théoriques

	Nice	France
Intéressants	7,1	31,3
Peu intéressants	71,4	44,9
De qualité variable	21,5	19,9
Non réponse	0	3,9

#### ... les stages hospitaliers

	Nice	France
Très formateurs	0	20,3
Assez formateurs	50,0	39,4
Peu formateurs	50,0	26,5
Pas du tout formateurs	0	8,1
Non réponse	0	5,8

#### ... le stage chez le praticien

	Nice	France
Formateur	42,9	68,6
Pas formateur	57,1	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	0	4,9

### Stages en service d'urgences

	Nice	France
Aucun	7,1	24,8
Un	42,9	37,4
Deux	21,4	13,5
Trois	0	4,6
Quatre	7,1	0,3
Non réponse	21,4	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Nice	France
Non commencée	28,6	28,6
En cours	35,7	52,3
Terminée	35,7	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Nice	France
Installation en cabinet	42,9	49,7
Activité salariée	21,4	26,3
Indéterminé	28,6	18,9
Non réponse	7,1	5,1



## Structures et moyens

**Le Département d'enseignement et de recherche en Médecine générale**, créé en 1989, repose sur deux coordonnateurs (un universitaire et un généraliste), un conseil de département et un comité consultatif. Le conseil de département se compose, outre les coordonnateurs, de six représentants des enseignants universitaires et hospitaliers et de six représentants des médecins généralistes ; tous sont désignés par le doyen. Dans ses statuts, le DERMG ne respecte donc pas la parité réglementaire entre hospitalo-universitaires, praticiens hospitaliers et médecins généralistes ; il ne fait pas non plus de place aux résidents, sinon dans le comité consultatif, instance virtuelle qui ne s'est jamais réunie formellement.

Dans les faits, la situation est en pleine évolution. D'une part, les tensions entre la faculté et la profession, traversée par des divisions personnelles, politiques et syndicales, sont en passe de se résoudre, comme en témoigne la désignation d'un second coordonnateur, médecin généraliste, après plusieurs années de coordination unique assurée par un hospitalo-universitaire. D'autre part, les résidents, jusque-là indifférents au fonctionnement du 3ème cycle, ont commencé à se mobiliser lors de la grève des internes du printemps 1997 et pour la mise en place du 5ème semestre ; ils participent plus régulièrement aux réunions de commissions thématiques auxquelles ils sont conviés. Il n'en reste pas moins que, globalement, la participation des hospitalo-universitaires au département n'est pas optimale. Par ailleurs, le rôle respectif des deux coordonnateurs ne paraît pas encore bien établi.

Le département dispose de moyens modestes :

- . en termes de locaux, un bureau seulement ;
- . en termes de personnel administratif, une secrétaire de scolarité et une secrétaire à 30% qui assure le secrétariat pédagogique du résidanat ;
- . en termes financiers, le département dispose d'un centre de responsabilité budgétaire (dans le cadre de NABUCO) avec une dotation annuelle de 10 000 F. Il recourt à des fonds de l'industrie privée pour l'organisation de certains enseignements - pratique tout à fait discutable, même si la transparence est assurée. Il dispose en moyenne de 500 heures complémentaires, qui suffisent à rémunérer les généralistes enseignants ; mais les déplacements des non Niçois ne sont pas remboursés ;
- . il n'y a pas actuellement d'enseignant associé de médecine générale, alors même que la faculté avait été l'une des premières dotées d'un emploi. Mais le décès brutal du professeur associé a été suivi d'une crise dont le règlement aura duré plusieurs années. L'équipe pédagogique comprend 18 médecins généralistes chargés d'enseignement.

## La formation théorique

Le volume de la formation théorique est de 115 heures 30 par étudiant, réparties sur deux ans, d'octobre à juin, sous la forme d'enseignements modulaires en soirée (de 20h30 à 23h) et de deux séminaires, le samedi (8h30 à 18 heures). Les enseignements sont centralisés à Nice. Ils se déroulent dans les locaux de la faculté de médecine et, pour les séminaires, dans des centres de congrès ou dans des hôtels.

La formation est organisée en modules, les uns obligatoires et orientés vers les pratiques en médecine générale, les autres optionnels et centrés autour de thèmes disciplinaires ; les séminaires (sur la communication et sur l'installation) sont calqués, pour leur organisation, sur les séminaires de formation continue ; enfin, les résidents sont tenus de valider chaque année une séance de formation médicale continue agréée. Chaque module est confié à une équipe de trois à quatre généralistes enseignants, dont un coordinateur, qui s'adjoit un hospitalo-universitaire, un hospitalier ou un autre médecin libéral comme personne-ressource ; mais le fonctionnement en tandem n'est pas toujours effectif, en particulier pour la préparation des enseignements. Les internistes sont les plus impliqués parmi les hospitalo-universitaires.

Les étudiants sont très critiques à l'égard de la formation théorique : ils en dénoncent l'horaire tardif (qui arrange aussi bien les généralistes enseignants que les chefs de services hospitaliers), l'insuffisante interactivité, l'inadéquation des modules optionnels trop calqués sur les spécialités et redondants avec les enseignements de 2ème cycle.

La validation est fondée sur une assiduité vérifiée strictement (deux absences au maximum sont tolérées) et sur la réussite à un contrôle des connaissances, organisé sous forme de pré et post-tests (QCM ou questions courtes), dont la valeur pédagogique est discutable.

Les généralistes enseignants sont cooptés sur la base du volontariat et de leur expérience pédagogique en formation médicale continue. Le DU de formation à l'enseignement de la médecine générale, inactif depuis quatre ans, reprend à la rentrée 1998 et doit constituer dans l'avenir un préalable obligatoire.

### **La formation pratique hospitalière**

Pour préparer l'agrément des services, un travail important est réalisé, grâce à l'implication forte du coordonnateur hospitalo-universitaire. Un même questionnaire est diffusé auprès des chefs de service et auprès des résidents ; le département s'efforce de traiter au cas par cas les problèmes qui apparaissent.

L'adéquation est faite avec une marge de 10%. La procédure de répartition des postes n'est pas satisfaisante : il n'y a pas de postes fléchés pour les résidents, qui sont affectés sur les postes restants à l'issue du choix des internes. En conséquence, il est parfois nécessaire, pour que les résidents accomplissent le stage obligatoire en CHU, de les y affecter en surnombre. Actuellement, l'offre de choix est très faible en pédiatrie et en gynécologie ; en CHU, elle est nulle en gynécologie et très restreinte en médecine interne.

Le choix s'effectue par ordre d'ancienneté et, à ancienneté équivalente, par ordre de mérite, évalué sur la base des résultats académiques de D2, D3 et D4, à l'exclusion jusqu'à présent du CSCT : mais cette anomalie, repérée grâce à l'évaluation interne, sera rectifiée dès la prochaine rentrée.

Les étudiants se plaignent de ne disposer de la liste des postes que deux jours avant le choix, alors que le délai réglementaire est de quinze jours. Ils sont en train de réaliser leur propre évaluation des stages hospitaliers, pour être mieux à même d'intervenir dans les commissions d'agrément et d'adéquation.

Les résidents se voient confier des responsabilités analogues à celles des internes, y compris pour les gardes aux urgences du CHU.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

L'effectif actuel des maîtres de stage et les perspectives encore aléatoires d'un recrutement complémentaire autorisent néanmoins à envisager une différenciation significative du nombre d'étudiants en stage en été et en hiver (20 l'été, 35 l'hiver). La maquette générale prévoit l'affectation des résidents, par périodes de trois mois, chez deux maîtres de stage, dont un référent qui est aussi chargé de planifier le stage en structures de soins primaires, organisé à raison d'un jour par semaine.

Il existe un livret de stage élaboré par une commission ad hoc du département, en concertation avec les résidents. L'articulation entre la phase passive et la phase active fait l'objet de simples recommandations du département. L'avis de validation du stage est prononcé par le conseil du département qui recueille préalablement les informations auprès des deux maîtres de stage à l'aide d'une évaluation critériée.

Sur une quarantaine de maîtres de stage, 25 ont suivi une formation spécifique d'un jour et demi ; cette formation est obligatoire pour les nouveaux maîtres de stage.

L'offre de stages en structures de soins primaires, hors cabinet, porte essentiellement sur la santé scolaire et la protection maternelle et infantile.

La mise en place du cinquième semestre s'est faite grâce à de multiples réunions de concertation entre les différents acteurs. Un dispositif de suivi est prévu, organisé autour des différents pôles géographiques de la subdivision. Au plan pédagogique, on relève que plusieurs maîtres de stage ont proposé à leurs stagiaires des sujets de thèses en médecine générale et on perçoit que l'impact de ce stage va rendre nécessaire une refonte du dispositif des enseignements théoriques.

### Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte

La sensibilisation à la médecine générale n'a commencé à se mettre en place qu'en 1997-1998, avec deux séminaires d'initiation à la pratique, en 2ème cycle ; à la rentrée 1998, quatre séminaires vont être organisés en P2 sur les différentes carrières médicales, notamment la médecine générale.

Le département ne signale pas de thèses consacrées à des sujets de médecine générale.

Les travaux de recherche organisés par le département ont fait l'objet de publications : il s'agit soit d'articles didactiques, soit d'articles se rapportant à un travail original effectué au sein des cabinets de médecine générale. En outre, quelques mémoires ont été réalisés par des généralistes enseignants, dans le cadre du DU de formation à l'enseignement de la médecine générale.

Avec le département de formation médicale continue qui vient d'être créé, le DERMG n'a pas de relations pédagogiques très formalisées. Mais les étudiants sont tenus d'assister à une réunion de FMC. En outre, 25 résidents étaient inscrits à un DU en 1996-1997.

#### Points forts

#### Points faibles

<ul style="list-style-type: none"> <li>. Les conditions maintenant réunies, après plusieurs années de crise, pour une refondation (volonté du doyen, implication du coordonnateur hospitalo-universitaire, démarche désormais consensuelle des généralistes enseignants, motivation nouvelle des résidents)</li> <li>. La réflexion pédagogique conduite dans le cadre d'une réforme d'ensemble du 2ème cycle</li> <li>. La procédure d'agrément des services hospitaliers conduite avec beaucoup de sérieux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Une dotation de fonctionnement insuffisante</li> <li>. Une formation théorique trop fortement centrée autour de thèmes disciplinaires et dispensée tard le soir</li> <li>. Une répartition des stages hospitaliers trop dominée par les chefs de service et les internes de spécialité</li> <li>. L'absence de thèses liées à la médecine générale</li> </ul>
---	--

#### Cotations

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
C	C	C	C	D

---

## La formation pratique hospitalière en Ile de France

---

Toutes les facultés parisiennes ont omis de remplir, dans leur rapport d'évaluation interne, la rubrique consacrée à la formation pratique hospitalière. Dans certains cas, le rapport précisait que la structure en charge du 3ème cycle de médecine générale ne disposait d'aucune information ou même qu'elle n'était pas concernée.

Les informations rassemblées par le Comité proviennent essentiellement des entretiens que les experts ont eu lors des visites sur place, de l'enquête auprès des résidents sortants, et d'une réunion organisée au CNE avec les responsables universitaire et hospitalier. Il en ressort la situation suivante :

- . procédure d'agrément : les UFR y sont représentées par trois doyens, dont celui de Paris-Ouest qui est chargé traditionnellement de ce dossier, mais il n'y a aucun lien entre eux et les commissions ou les départements de médecine générale des onze UFR ;
- . adéquation : elle n'est pas respectée, sans que l'on puisse savoir avec précision le nombre de postes laissés vacants dans les hôpitaux qui ne dépendent pas de l'Assistance Publique ;
- . répartition des postes : l'obligation de n'effectuer qu'un seul stage en CHU n'est pas respectée (parmi les étudiants qui ont répondu à l'enquête, 37,6% ont effectué plus d'un stage en CHU ; 21,9% y ont effectué trois voire quatre stages ;
- . modalité du choix : tirage au sort ;
- . organisation du cursus : il n'y a pas de maquette définie, les étudiants pouvant revenir autant de fois qu'ils en ont l'occasion dans le même service ou dans la même spécialité.

Force est de constater que la situation qui avait été dénoncée en 1988 par la Commission Lachaux n'a pas évolué depuis. Il reste inadmissible que les structures en charge de la formation à la médecine générale au sein des facultés de médecine parisiennes n'aient aucune responsabilité sur l'affectation hospitalière de leurs étudiants et que cela ne soulève que peu de protestations de la part des responsables universitaires.

Les conséquences sont évidentes :

- . il n'y a pas de contrôle véritable sur le caractère formateur des services pour de futurs généralistes. Des progrès semblent avoir été faits, ces dernières années, avec le non renouvellement de l'agrément de services très spécialisés, mais des exemples négatifs ont également été portés à la connaissance du Comité par les étudiants eux-mêmes, en particulier à l'Assistance Publique ;
- . la répartition des postes privilégie l'affectation en CHU. Pour des raisons sans doute variées (notamment la commodité géographique, l'attractivité des services de l'Assistance Publique, le besoin que cette structure soit prioritaire par rapport aux hôpitaux généraux), le recrutement est en effet démultiplié à l'Assistance Publique de Paris où certains étudiants effectuent la totalité de leur cursus, ce qui est tout à fait contraire à la réglementation. Les représentants des hôpitaux généraux d'Ile-de-France ont tenu à souligner que leurs demandes en la matière n'étaient pas entendues ;
- . la situation ainsi créée se révèle parfois anarchique : les commissions ou départements de médecine générale ignorent de fait où sont les étudiants de leur faculté (alors même que la DRASS adresse aux secrétariats des facultés la liste des services où sont nommés les résidents) ; ceux-ci sont affectés, en l'absence de sectorisation entre les UFR et tels ou tels groupes d'hôpitaux, dans des structures hospitalières parfois relativement éloignées de leur UFR, si bien qu'il leur est difficile de suivre les enseignements théoriques ;
- . l'introduction du stage de six mois auprès du praticien entraîne une nouvelle difficulté : le nombre dorénavant impair de semestres conduit à une augmentation très forte du nombre des résidents affectés à l'hôpital pendant un des semestres (3ème ou 5ème), ce qui va induire effectivement des difficultés de prise en charge de la part de l'Assistance Publique, difficultés qui seraient en partie limitées si une reventilation était réalisée entre l'Assistance Publique et les hôpitaux généraux d'Ile-de-France.

Un élément positif doit cependant être heureusement souligné : que ce soit au travers de l'enquête ou lors des entretiens d'expertise, les résidents se sont montrés plutôt satisfaits de la qualité de la formation dont ils avaient bénéficié, surtout dans les hôpitaux généraux à cause des responsabilités qui leur étaient confiées.

Au printemps 1998, une structure a été mise en place, qui va permettre aux responsables du 3ème cycle de médecine générale d'être représentés et informés directement : en effet deux hospitalo-universitaires et

deux enseignants associés assisteront aux réunions d'adéquation et feront l'interface avec les représentants des 11 facultés parisiennes. Ce même groupe de travail devrait mettre en place une maquette pour la formation pratique hospitalière des résidents.

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

### Nombre de stages en service d'urgences

	Paris	Province
Aucun	20,3	26,0
Un	31,0	39,2
Deux	16,2	12,6
Trois	8,6	3,5
Quatre	0	0
Non réponse	23,9	18,3

### Nombre de stages identiques

	Paris	Province
Aucun	35,0	56,1
Deux	29,4	20,7
Trois	11,7	4,4
Quatre	0	0,4
Non réponse	23,9	18,3

### Nombre de stages en CHU

	Paris	Province
Quatre en CHU	5,1	0,3
Trois en CHU	16,8	1,0
Deux en CHU	15,7	3,5
Un en CHU	56,9	85,7
Aucun en CHU	0	0,7
Non réponse	5,6	8,9

### Point de vue sur les stages hospitaliers

	Paris	Province
Très formateurs	14,7	21,8
Assez formateurs	38,6	39,6
Peu formateurs	30,5	25,4
Pas du tout formateurs	10,2	7,5
Non réponse	6,1	5,7

## Université Paris V - Faculté Cochin

### Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	90	100	24	45	26	30
en T2	82	49	44	30	48	33

### Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	8
Nombre d'inscrits en T2	48
Taux de réponse (en %)	16,66

Compte tenu du faible nombre de réponses, les résultats sont à considérer avec prudence.

#### L'orientation vers la médecine générale

	Cochin	France
Par choix après le second cycle	25,0	42,6
Après avoir préparé l'internat	50,0	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	25,0	20,7
Non réponse	0	3,2

#### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Cochin	France
Jamais	87,5	70,8
En premier cycle	12,5	2,9
En second cycle	0	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

#### Point de vue sur ...

*... les enseignements théoriques*

	Cochin	France
Intéressants	25,0	31,3
Peu intéressants	25,0	44,9
De qualité variable	50,0	19,9
Non réponse	0	3,9

*... le stage chez le praticien*

	Cochin	France
Formateur	25	68,6
Pas formateur	37,5	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	37,5	4,9

#### Situation par rapport à la thèse

	Cochin	France
Non commencée	50,0	28,6
En cours	50,0	52,3
Terminée	0	18,8
Non réponse	0	0,3

#### Projet professionnel

	Cochin	France
Installation en cabinet	37,5	49,7
Activité salariée	37,5	26,3
Indéterminé	25	18,9
Non réponse	0	5,1

## Structures et moyens

**Le Département de Médecine générale**, créé en 1991, n'a toujours pas de statuts officiels. Jusqu'à présent, il était géré par un bureau de neuf membres, composé du coordonnateur, de quatre hospitalo-universitaires et de quatre médecins généralistes. Un nouveau dispositif est actuellement mis en place, qui associe un bureau de cinq membres (quatre hospitalo-universitaires et l'enseignant associé de médecine générale) et un groupe d'un douzaine de médecins généralistes, chargés de mission, désignés par le Conseil de gestion de la faculté. Le nouveau bureau fonctionne comme une des sous-commissions de la commission de pédagogie de la faculté. La direction du département serait désormais assurée conjointement par le coordonnateur hospitalo-universitaire (qui jusque-là l'assurait seul) et le maître de conférences associé. Bien que ne participant pas à la structure départementale, les étudiants se déclarent satisfaits de son fonctionnement.

Le département dispose de moyens importants, compte tenu du faible effectif de résidents :

- . une pièce aménagée en bureau et en salle de réunion ;
- . une secrétaire affectée spécifiquement ;
- . un budget de 25 000 F par an, géré par le coordonnateur, et une dotation de 500 heures complémentaires, qui permet de rémunérer non seulement les heures d'enseignement effectuées par les généralistes enseignants, mais aussi leur participation au travail du département et à la sensibilisation en 1er et 2ème cycles ;
- . un maître de conférences associé, recruté en 1996, et une équipe de 14 chargés d'enseignement.

## La formation théorique

Le volume de la formation théorique est de 128 heures par étudiant, concentrées sur la deuxième année, sous la forme d'enseignements dispensés à la faculté le vendredi après-midi et le samedi.

Les enseignements sont presque toujours assurés par des binômes de médecins généralistes, avec souvent la participation d'un hospitalo-universitaire ou d'un praticien hospitalier, ou aussi d'intervenants extérieurs (médecin conseil de l'assurance maladie, juriste, psychologue, membres d'associations de malades).

Le contenu de l'enseignement fait l'objet d'une véritable réflexion pédagogique : il est manifestement différent de celui du 2ème cycle, et réellement interactif. C'est d'ailleurs pour bien marquer une rupture (dans le contenu et la forme) avec le 2ème cycle que la formation théorique est reportée et concentrée sur la deuxième année du 3ème cycle. Les cours sont évalués par les étudiants, qui dans l'ensemble les apprécient.

La validation repose sur l'assiduité (il faut avoir suivi au minimum 20 des 32 demi-journées). Pour un quart des étudiants, qui ne satisfont pas à cette exigence, il existe un examen oral.

Pour la formation des généralistes, un séminaire a été récemment organisé sous la direction d'un psychologue. Il est souhaité que le DIU de pédagogie médicale, piloté par Necker et qui est suspendu depuis plusieurs années, soit repris.

## La formation pratique hospitalière

Elle souffre des mêmes problèmes que dans toutes les facultés de médecine de l'Ile-de-France.

## La formation pratique extra-hospitalière

Le stage chez le praticien de longue durée n'a concerné pour l'instant que respectivement huit et cinq résidents pour les semestres d'hiver 1997 et d'été 1998. Les perspectives de montée en puissance sont incertaines, à la fois quant au nombre de résidents à affecter et quant au nombre de maîtres de stage

disponibles. Les stages s'effectuent chez deux ou trois maîtres de stage, par périodes de deux à trois jours, le rôle du maître de stage coordonnateur semblant se limiter à faire la synthèse de leurs avis concernant la validation finale.

Un livret de stage est disponible ; il est le résultat d'un travail mis en chantier depuis de nombreuses années. L'articulation entre la phase passive et la phase active, qui est laissée à l'appréciation de gré à gré du maître de stage et du résident, pose parfois quelques problèmes, tant au stagiaire qui perçoit la phase passive comme une régression par rapport à ses fonctions hospitalières, qu'à certains maîtres de stage qui éprouvent des difficultés à laisser accéder le résident à une totale autonomie. L'avis concernant la validation est formulé par le département de médecine générale, qui tient compte de l'avis des maîtres de stage et d'un rapport de stage rédigé par l'étudiant (qui est ainsi invité à faire une démarche auto-évaluative).

Une formation spécifique à la maîtrise de stage a été organisée sous forme de séminaires mensuels pendant tout le premier semestre. Une formation plus structurée de deux jours est en préparation.

Tous les résidents stagiaires ont pu bénéficier d'un stage en structures hors cabinet, à hauteur d'une quinzaine de demi-journées, avec une offre de stages restreinte pour l'instant aux services médicaux des caisses d'assurance maladie, à un centre d'accueil pour toxicomanes et à un centre de planning familial.

La préparation du cinquième semestre a été un peu précipitée ; en revanche, son suivi et son bilan ont fait l'objet d'une démarche évaluative très systématique, facilitée par le faible effectif de résidents en stage.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

La sensibilisation à la médecine générale a consisté, jusqu'en 1997, en un certificat complémentaire proposé en P2 ou D1. Après une année blanche, il est prévu de fonder cet enseignement dans le séminaire obligatoire de 2ème cycle, qui devrait être mis en place à la rentrée 1998. En outre, le département cherche à s'associer aux projets de séminaires à thèmes transversaux, pour introduire une approche généraliste dans les enseignements du 2ème cycle.

Depuis 10 ans, 11 thèses ont été soutenues sur des thèmes de médecine générale. Actuellement, deux séances de la formation théorique sont consacrées à la préparation à la thèse.

En dehors des thèses, il n'est pas développé de recherche en médecine générale.

Cochin a créé, en 1995, conjointement avec les deux autres facultés de médecine de l'université Paris V, un diplôme universitaire de formation permanente du médecin généraliste. Cette formation en trois ans rencontre un vrai succès, mais elle n'a pas atteint son objectif initial qui était de privilégier les liens de la faculté avec ses anciens étudiants.



Le rapport d'évaluation interne n'a été remis au CNE que quelques jours avant l'expertise.

### Points forts

### Points faibles

<ul style="list-style-type: none"> <li>. L'engagement de longue date du coordonnateur hospitalo-universitaire et d'un noyau de généralistes enseignants</li> <li>. Le soutien du doyen dans une faculté tournée vers l'internat de spécialités (tous les étudiants suivent les conférences d'internat)</li> <li>. L'ambiance conviviale du département, que servent le faible effectif des résidents, l'importance des moyens alloués et un environnement particulièrement favorable</li> <li>. La qualité de la formation théorique et de la réflexion pédagogique qui la sous-tend</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. L'absence de statuts du département, qui remet en cause, de manière implicite, la reconnaissance accordée à la médecine générale</li> <li>. L'absence d'implication dans les procédures d'agrément, d'adéquation et de choix des stages hospitaliers</li> </ul>
---	--

### Cotations

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
C	B	E	C	D

## Université Paris V - Faculté Necker-Enfants Malades

### Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	92	80	66	63	51	38
en T2	87	90	77	55	69	81

### Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	13
Nombre d'inscrits en T2	69
Taux de réponse (en %)	18,8

Compte tenu du faible nombre de réponses, les résultats sont à considérer avec prudence.

#### L'orientation vers la médecine générale

	Necker	France
Par choix après le second cycle	30,8	42,6
Après avoir préparé l'internat	38,5	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	30,8	20,7
Non réponse	0	3,2

#### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Necker	France
Jamais	100	70,8
En premier cycle	0	2,9
En second cycle	0	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

#### Point de vue sur ...

... les enseignements théoriques

	Necker	France
Intéressants	23,1	31,3
Peu intéressants	53,8	44,9
De qualité variable	23,1	19,9
Non réponse	0	3,9

... le stage chez le praticien

	Necker	France
Formateur	61,5	68,6
Pas formateur	38,5	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	0	4,9

#### Situation par rapport à la thèse

	Necker	France
Non commencée	7,7	28,6
En cours	61,5	52,3
Terminée	30,8	18,8
Non réponse	0	0,3

#### Projet professionnel

	Necker	France
Installation en cabinet	46,2	49,7
Activité salariée	30,8	26,3
Indéterminé	15,4	18,9
Non réponse	7,7	5,1

## Structures et moyens

Le **Département de Médecine générale**, créé en 1995, fait suite à la Commission de 3ème cycle qui avait été mise en place dès 1984. Le changement de structure a permis un élargissement des missions aux 1er et 2ème cycles. Le conseil de département comprend, outre le doyen, 5 hospitalo-universitaires, 1 praticien hospitalier, l'enseignant associé de médecine générale et 8 médecins généralistes ; les étudiants y sont invités, mais il n'y a pas de délégués élus dans le 3ème cycle. Le département est présidé par l'enseignant associé. Il comporte quatre unités, consacrées respectivement au 3ème cycle, aux 1er et 2ème cycles, à la recherche, à la formation médicale continue.

Le département reçoit des moyens qui lui permettent de fonctionner dans de bonnes conditions :

. en termes de locaux, il ne disposait jusqu'à présent que d'un "module", servant de secrétariat et de bureau pour l'enseignant associé ; mais des locaux neufs, d'environ 120 m<sup>2</sup>, devraient être mis à disposition en mai 1998, comportant trois bureaux et une salle de réunion (l'investissement pour l'aménagement de ces pièces est de l'ordre de 250 KF) ;

. une secrétaire à mi-temps est attachée au département et une secrétaire de la scolarité est mise à disposition ;

. le département est doté d'une ligne budgétaire de 40 000 F ; le directeur établit chaque année un budget prévisionnel et gère son compte, les bons d'engagement étant contresignés par le secrétariat général de la faculté, par délégation du doyen ; la dotation régulière de 500 heures complémentaires a été augmentée de 150 heures en 1998, pour indemniser les enseignements du 2ème cycle et la coordination du stage de six mois chez le praticien ;

. un professeur associé a été nommé en 1995 ; on dénombre 14 chargés d'enseignement, 7 attachés d'enseignement et 45 maîtres de stage.

## La formation théorique

Le volume global de la formation théorique est de 122 heures par étudiant. Les enseignements sont organisés sous la forme de 61 cours de 2 heures, dispensés tous les jeudis après-midi.

Le programme est préparé par le collège des généralistes enseignants et soumis au département. Il correspond aux démarches diagnostiques et thérapeutiques ou aux différents modes d'exercice de la médecine générale.

Les enseignements sont assurés quasi exclusivement par des médecins généralistes. La participation des hospitalo-universitaires est exceptionnelle, sauf dans quelques tables rondes : ils semblent s'être proposés, mais ne se sont pas imposés.

Chaque cours est confié à une équipe de deux généralistes enseignants (plus rarement quatre), qui est chargée de le préparer collectivement, d'en déterminer l'évaluation et de fournir un kit pédagogique. Le cours est dispensé simultanément à deux groupes d'étudiants, dans deux salles de la faculté. La pédagogie se veut interactive.

Depuis cette année, la qualité de l'enseignement est évaluée de façon systématique par les étudiants et les résultats sont, dans une grande majorité des cas, très positifs. Pourtant, au travers de l'enquête du CNE et des entretiens d'expertise, les étudiants sont apparus critiques à l'égard de cette formation qu'ils jugent trop peu pratique et souvent redondante avec les enseignements du 2ème cycle.

La validation est fondée sur l'assiduité. En principe, il est obligatoire d'avoir assisté à 34 cours, soit près de 50% des enseignements. En fait, les étudiants ne sont contraints de redoubler que s'ils ont assisté à moins de 25 cours. Ce mode de validation n'est pas satisfaisant aux yeux des responsables du 3ème cycle qui s'inquiètent, dans le rapport d'évaluation interne, qu'un assez grand nombre d'étudiants, faute d'avoir validé l'ensemble de la formation, reprennent des inscriptions successives en T2, et que certains ne finissent jamais le cursus.

### La formation pratique hospitalière

Elle souffre des mêmes problèmes que dans toutes les facultés de médecine de l'Ile-de-France.

### La formation pratique extra-hospitalière

Sous réserve que les prévisions de recrutement de nouveaux maîtres de stage se concrétisent, une montée en puissance significative du cinquième semestre interviendra à partir du semestre d'hiver prochain, avec l'affectation chez le praticien de pratiquement quatre fois plus de résidents que durant le semestre d'été 1998. La maquette générale prévoit que le stage puisse être effectué chez un, deux ou trois maîtres de stage, dont le cas échéant un coordonnateur.

Il existe un livret de stage qui est systématiquement soumis à l'évaluation des résidents, ce qui permet de le faire évoluer. L'articulation entre la phase passive et la phase active, qui fait l'objet de recommandations du département, est laissée à l'appréciation du maître de stage et du résident. L'avis concernant la validation est prononcé par le département, sur la base d'une vérification de l'assiduité et à partir d'un rapport de stage du résident.

Une formation spécifique à la maîtrise de stage a été mise en place ; elle a concerné tous les maîtres de stage coordonnateurs et près de 90 % des maîtres de stage complémentaires.

Apparemment, tous les résidents ont pu bénéficier d'un stage en structures hors cabinet, à hauteur d'une douzaine de demi-journées.

Le suivi et le bilan du premier semestre chez le praticien ont été faits à l'occasion de réunions mensuelles systématiques avec les résidents. Malgré d'énormes réticences *a priori*, liées à un environnement institutionnel qui reconnaît peu la médecine générale comme modèle d'exercice, l'adhésion des résidents aux principes de ce stage a été en partie gagnée au cours du premier semestre d'application. Au plan pédagogique, on envisage d'ores et déjà de modifier le programme des enseignements théoriques à la rentrée 1998-1999.

### Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte

Une sensibilisation à la médecine générale est organisée depuis 4 ans. Mais elle se limite à une heure d'initiation en P2 et 3 séminaires de 3 heures chacun en D1, D2 et D3.

Le nombre de thèses portant sur des sujets directement liés à la médecine générale est extrêmement faible : 2 en 1995, 4 en 1996, 5 en 1997.

Le département tente de faire fonctionner une unité de recherche qui débute.

Au cours du 3ème cycle, les étudiants sont invités à participer à deux séances de formation médicale continue, qui entrent dans la validation de la formation théorique. Par ailleurs, les membres du département sont impliqués dans le diplôme de formation permanente du généraliste, créé en 1995 à Paris V.

Le rapport d'évaluation interne n'a été remis au CNE que quelques jours avant l'expertise.

### Points forts

### Points faibles

<p>. La volonté du doyen que le Département de Médecine générale soit identifié d'une manière assez forte (nomination d'un professeur associé, attribution de moyens budgétaires non négligeables et de nouveaux locaux)</p> <p>. Les qualités et le dynamisme des généralistes enseignants</p>	<p>. Une insertion encore très insuffisante du département dans les préoccupations de l'UFR qui reste entièrement tournée vers l'internat de spécialités : une dizaine d'étudiants seulement par promotion ne passent pas le concours ; les hospitalo-universitaires ne sont pratiquement pas concernés par la formation à la médecine générale</p> <p>. L'insuffisance de dialogue avec les résidents qui sont, en majorité, réticents à l'égard d'une formation professionnelle tournée vers un exercice qui n'est pas celui qu'ils avaient <i>a priori</i> choisi</p> <p>. L'absence d'implication dans les procédures d'agrément, d'adéquation et de choix des stages hospitaliers</p>
---	--

### Cotations

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
C	C	E	C	D

## Université Paris V - Faculté Paris-Ouest

### Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	108	102	33	39	53	35
en T2	60	74	53	44	39	60

### Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	14
Nombre d'inscrits en T2	39
Taux de réponse (en %)	35,9

Compte tenu du faible nombre de réponses, les résultats sont à considérer avec prudence.

### L'orientation vers la médecine générale

	P. Ouest	France
Par choix après le second cycle	7,1	42,6
Après avoir préparé l'internat	50,0	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	42,9	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	P. Ouest	France
Jamais	64,3	70,8
En premier cycle	0	2,9
En second cycle	35,7	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

... les enseignements théoriques

	P. Ouest	France
Intéressants	14,3	31,3
Peu intéressants	78,6	44,9
De qualité variable	0	19,9
Non réponse	7,1	3,9

... le stage chez le praticien

	P. Ouest	France
Formateur	50,0	68,6
Pas formateur	50,0	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	0	4,9

### Situation par rapport à la thèse

	P. Ouest	France
Non commencée	28,6	28,6
En cours	42,8	52,3
Terminée	28,6	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	P. Ouest	France
Installation en cabinet	28,6	49,7
Activité salariée	35,7	26,3
Indéterminé	21,4	18,9
Non réponse	14,3	5,1

## Structures et moyens

**Le Département de Médecine générale**, créé en décembre 1996, fait suite à la Commission du 3ème cycle de médecine générale qui fonctionnait depuis 1989. Le changement de statut a permis d'élargir les missions du département aux 1er et 2ème cycles et de relancer l'implication des universitaires. Le département comporte un conseil de 20 membres, composé du doyen, de 4 hospitalo-universitaires, 4 praticiens hospitaliers, 8 médecins généralistes et 3 étudiants. Le président est hospitalo-universitaire, le vice-président est l'enseignant associé de médecine générale. Quatre commissions sont respectivement en charge de la formation théorique et de la formation pratique en 3ème cycle, de la sensibilisation en 1er et 2ème cycles, de la recherche et des thèses en médecine générale.

Le département dispose de moyens limités :

- . il n'a pas de locaux propres, hormis une pièce aveugle, attribuée en 1997 et qui sert de bureau au maître de conférences associé. Cette situation médiocre est liée à celle de la faculté Paris-Ouest, installée depuis 1969 dans un bâtiment préfabriqué. Pour l'enseignement théorique, le département utilise des salles universitaires à l'hôpital Ambroise Paré, où est stocké le petit matériel audiovisuel et informatique ;
- . il n'a pas de personnel administratif spécifique ;
- . il a une dotation de 30 000 F par an, mais sans ligne budgétaire autonome, et reçoit 500 heures complémentaires, qui ne couvrent que la moitié des besoins ;
- . un maître de conférences associé a été recruté en 1996 ; un second emploi a été demandé en 1998, mais n'a pas été obtenu. Il y a 24 généralistes enseignants, dont 4 chargés et 8 attachés d'enseignement.

## La formation théorique

Le volume global de la formation, par étudiant, est, à partir de 1997-1998, de 36 heures en T1 et 120 heures en T2. Les enseignements sont organisés sous forme de séances de 3 heures (l'après-midi, sauf pour trois séances en soirée), complétées par cinq séminaires d'une journée (le jeudi ou le samedi). Ils sont dispensés à l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne, qui est d'accès facile pour les étudiants, ou, dans le cas de séminaires du samedi, dans une salle prêtée par un laboratoire pharmaceutique.

Le programme est défini par les membres du département en collaboration avec le Collège des généralistes (AMGEPO). Il est articulé, en sept modules, autour des fonctions du médecin généraliste. Les objectifs de chaque séance sont présentés dans un fascicule destiné aux résidents.

Les enseignements sont réalisés par des médecins généralistes, habituellement en binômes. L'intervention d'hospitalo-universitaires ou d'experts extérieurs reste exceptionnelle. La pédagogie, fondée sur l'interactivité, est peu appréciée des étudiants.

La validation est fondée sur l'assiduité (mais avec obligation de présence à la moitié des séances seulement) et, depuis 1996-1997, sur un entretien terminal avec un jury comprenant un généraliste enseignant et un hospitalo-universitaire ou praticien hospitalier ; en cas d'insuffisance, l'étudiant doit faire un mémoire. Le plus souvent, les résidents étalent la formation théorique sur trois ans.

Les généralistes enseignants se forment au sein de l'AMGEPO et à l'École de Riom.

## La formation pratique hospitalière

Elle souffre des mêmes problèmes que dans toutes les facultés de médecine de l'Ile-de-France. Le département de médecine générale paraît ignorer totalement ce qui se passe au niveau de l'agrément des services, de l'adéquation et du choix des postes - alors même que, traditionnellement, le doyen de Paris-Ouest est le coordonnateur du 3ème cycle de médecine générale pour l'Ile-de-France.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

Un nombre de maîtres de stage restreint ainsi que des perspectives de recrutement complémentaire limitées n'autorisent pas, pour l'instant, un différentiel très important dans l'effectif des résidents affectés en stage chez le praticien. La contrainte d'encadrement des maîtres de stage a été forte durant l'hiver 1997-1998 (2 étudiants chez 3 maîtres de stage), un peu moindre durant le semestre d'été (1 étudiant chez 2 maîtres de stage). Dans tous les cas, le stage est géré par un maître de stage coordonnateur, mais la répartition des différentes périodes par journée ou par semaine conduit sans doute à un morcellement important.

Un livret de stage, non encore évalué, a été élaboré par le département et le collège local des généralistes enseignants. L'articulation entre la phase passive et la phase active est décidée de gré à gré entre le maître de stage et le résident, sur la base de simples recommandations du département. L'avis concernant la validation du stage est formulé par le maître de stage coordonnateur.

L'offre de stages en structures de soins primaires hors cabinet est restreinte pour l'instant aux services médicaux des caisses d'assurance maladie ; elle a concerné les 20 étudiants affectés lors du semestre d'hiver dernier, à raison de 8 demi-journées par étudiant.

Tous les maîtres de stage ont bénéficié, déjà depuis plusieurs années, d'une formation spécifique à la maîtrise de stage, mais celle-ci ne semble pas avoir été réactualisée dans la perspective du stage de longue durée.

La préparation du cinquième semestre s'est déroulée sous l'égide de la commission ad hoc du département de médecine générale, en y associant deux résidents. Le suivi et le bilan du stage n'ont pas encore fait l'objet de réunions d'évaluation systématiques.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

La sensibilisation à la médecine générale se limite actuellement, en P2, à un stage facultatif de trois matinées chez des praticiens bénévoles (suivi par la moitié des promotions environ) et, en D1, à un certificat optionnel (35 heures), mis en place en 1998.

Le nombre de thèses de médecine générale est très faible : 16 sur 211 thèses soutenues entre 1992 et 1996, dont 8 sous la direction d'un médecin généraliste. Mais le département a mis en place une commission chargée de la recherche et des thèses, qui doit constituer un répertoire de thèmes. Dans la formation théorique, un séance de trois heures est consacrée à la recherche et à la réalisation de thèse en médecine générale.

Il n'y a pas de relation avec la formation médicale continue : la faculté n'a pas de département de formation médicale continue.



**Points forts****Points faibles**

<ul style="list-style-type: none"> <li>. Le nouvel élan apporté par la création du Département de Médecine générale, qui devrait permettre une plus grande implication des hospitalo-universitaires ainsi qu'une meilleure prise en compte de la médecine générale dans son contexte</li> <li>. La motivation des responsables du département et l'activité soutenue du groupe de généralistes enseignants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Des moyens insuffisants, en locaux, en personnel administratif et en heures complémentaires</li> <li>. Une faible participation des résidents aux instances de décision</li> <li>. L'absence d'implication dans les procédures d'agrément, d'adéquation et de choix des stages hospitaliers</li> <li>. Un vivier de maîtres de stage encore trop réduit</li> </ul>
---	---

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
D	C	E	C	D

## Université Paris VI - Faculté Broussais Hôtel-Dieu

### Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	100	108	43	48	28	43
en T2	47	53	51	118	112	100

### Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	19
Nombre d'inscrits en T2	112
Taux de réponse (en %)	17

#### L'orientation vers la médecine générale

	Broussais	France
Par choix après le second cycle	42,1	42,6
Après avoir préparé l'internat	31,6	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	26,3	20,7
Non réponse	0	3,2

#### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Broussais	France
Jamais	73,7	70,8
En premier cycle	5,3	2,9
En second cycle	26,3	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

#### Point de vue sur ...

... les enseignements théoriques

	Broussais	France
Intéressants	21,1	31,3
Peu intéressants	31,5	44,9
De qualité variable	47,4	19,9
Non réponse	0	3,9

... le stage chez le praticien

	Broussais	France
Formateur	68,4	68,6
Pas formateur	31,6	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	0	4,9

#### Situation par rapport à la thèse

	Broussais	France
Non commencée	15,8	28,6
En cours	73,7	52,3
Terminée	10,5	18,8
Non réponse	0	0,3

#### Projet professionnel

	Broussais	France
Installation en cabinet	15,8	49,7
Activité salariée	42,1	26,3
Indéterminé	42,1	18,9
Non réponse	0	5,1

## Structures et moyens

**La Commission du 3ème cycle de Médecine générale**, créée dès 1984, est une sous-commission de la Commission de pédagogie de la faculté. Ses statuts, s'il en existe, n'ont pas été communiqués. De fait, elle est présidée par un hospitalo-universitaire et composée de trois généralistes enseignants, d'un praticien hospitalier et d'un hospitalo-universitaire ; les étudiants n'y participent pas, car ils ne parviennent pas à désigner des représentants actifs. Elle se réunit tous les deux mois. Plusieurs tentatives pour créer un département ont échoué, les différents statuts proposés ayant été refusés par le conseil de l'UFR. Il n'existe pas non plus de département de formation médicale continue.

La commission dispose de moyens matériels et humains d'inégale importance :

- . environ 30 m2 de locaux, composés d'un bureau et d'une salle de réunion ;
- . une secrétaire à temps partiel (une secrétaire du service de scolarité s'occupant du 3ème cycle de médecine générale) ;
- . une ligne budgétaire de 6 000 F, créée récemment (les gros investissements se faisant directement sur les crédits de la faculté) et une dotation de 250 heures complémentaires ;
- . deux maîtres de conférences associés (recrutés en 1993 et en 1997), situation qu'il serait bon d'étendre à d'autres facultés, mais qui reste rare et contraste ici avec le faible effectif de résidents. L'équipe pédagogique, qui a été presque entièrement renouvelée dans les cinq dernières années, est composée de 20 généralistes enseignants (dont le statut - attachés ou chargés d'enseignement - n'a pas été précisé).

## La formation théorique

Le volume global de la formation théorique, par étudiant, serait, au vu du programme de l'année 1996-1997, de 120 heures, réparties entre 7 séminaires en T1 et 25 séminaires en T2 (de 3 heures chacun) et 2 ateliers de médecine générale par an, communs aux résidents de T1 et T2 (d'une durée de 5 heures chacun). En outre, une formation de 52 heures est délivrée au cours du 1er semestre de T1 : il s'agit de 13 modules, intitulés "Médecine et thérapeutiques d'urgence", qui visent à préparer les étudiants aux gardes hospitalières. Tous ces enseignements sont dispensés à la faculté, en fin d'après-midi.

Le contenu de la formation est défini par le collège des généralistes enseignants et soumis à la commission du 3ème cycle et à la commission de pédagogie. Il concerne essentiellement la pathologie rencontrée en médecine générale.

Les enseignements sont organisés sous forme de travaux dirigés, sur le mode interactif, mais sans distribution de documents. Ils sont assurés par des binômes de médecins généralistes sur le modèle de la formation continue, sans aucune intervention extérieure ni d'universitaire ni de praticien hospitalier. Les généralistes enseignants se sont en majorité formés dans des séminaires organisés au sein de la faculté, certains aussi à l'École de Riom.

Des fiches d'évaluation sont presque toujours remplies à l'issue des séances. Mais elles n'ont pas été exploitées pour l'année 1996-1997. Depuis la rentrée dernière, un groupe de réflexion sur la formation théorique a été constitué.

Pour valider la formation théorique, les étudiants doivent avoir assisté à 80% des enseignements. En cas d'assiduité insuffisante, ils passent un examen oral.

## La formation pratique hospitalière

Elle souffre des mêmes problèmes que dans toutes les facultés de médecine de l'Ile-de-France.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

Une réflexion pédagogique intéressante, visant à articuler de façon optimale la formation par les stages et la formation par les enseignements théoriques, a conduit à affecter les résidents en stage chez le praticien exclusivement durant le semestre d'hiver, ce qui offre en outre l'avantage théorique de minimiser les fluctuations saisonnières du nombre de résidents affectés dans les hôpitaux, même si ce point doit être appréhendé à l'échelle de l'ensemble de la subdivision d'Ile-de-France. La maquette générale prévoit l'affectation du résident stagiaire chez trois ou, exceptionnellement, deux maîtres de stage aux modes d'exercices complémentaires, dont un coordonnateur. Une supervision pédagogique est en outre assurée par les deux maîtres de conférences associés à l'occasion d'un regroupement hebdomadaire de tous les résidents en stage, au cours duquel les objectifs de la formation par les stages sont mis en perspective avec ceux de la formation par les enseignements théoriques.

Un livret de stage a été élaboré par les deux maîtres de conférences associés, à partir d'un travail conduit sous l'égide du CNGE, en y associant les résidents, la version définitive ayant été validée par la commission. La supervision pédagogique mise en oeuvre permet de confier la décision d'évolution de la phase passive vers la phase active à la commission du 3ème cycle. L'avis concernant la validation du stage est également formulé par la commission, à partir d'un rapport de stage de l'étudiant.

Une offre de stages diversifiée en structures de soins primaires hors cabinet a permis d'offrir à chaque résident stagiaire une vingtaine de demi-journées de stage.

Une dizaine de maîtres de stage a suivi une formation spécifique d'une journée organisée en octobre dernier, complétée depuis par des réunions en soirée.

Le suivi et l'évaluation institutionnelle du stage chez le praticien sont facilités par la supervision pédagogique hebdomadaire de tous les résidents stagiaires, assurée par les enseignants associés de médecine générale.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

La sensibilisation à la médecine générale se limite actuellement à une séance en P2. Un enseignement optionnel, qui avait été organisé en 2ème cycle, a été supprimé faute d'inscrits. Des médecins généralistes participent à certains séminaires de préparation au CSCT.

Le nombre de thèses portant sur un sujet lié à la médecine générale est extrêmement faible. Mais les étudiants rentrant en T2 doivent rédiger un mémoire de 10 à 15 pages, sur un sujet de médecine générale, sous la direction d'un enseignant généraliste ou hospitalier.

Il n'y a pas d'activités de recherche.

**Points forts****Points faibles**

<ul style="list-style-type: none"> <li>. Un groupe de généralistes enseignants homogène et motivé</li> <li>. Un important travail pédagogique, avec le souci d'introduire une cohérence d'ensemble dans cette formation professionnelle de 3ème cycle</li> <li>. Pour le stage chez le praticien, une supervision pédagogique des étudiants très rigoureuse, et une articulation intéressante à la formation théorique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Le caractère marginal de la Commission du 3ème cycle de Médecine générale par rapport à la faculté</li> <li>. L'absence totale d'implication des hospitalo-universitaires, à l'exception du coordonnateur qui préside la commission</li> <li>. L'absence d'implication dans les procédures d'agrément, d'adéquation et de choix des stages hospitaliers</li> <li>. La faiblesse de la sensibilisation à la médecine générale en 1er et 2ème cycles</li> </ul>
---	--

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
D	C	E	A	E

# Université Paris VI - Faculté Pitié-Salpêtrière

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	228	202	120	118	117	44
en T2	111	97	79	63	65	74

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	13
Nombre d'inscrits en T2	65
Taux de réponse (en %)	20,0

Compte tenu du faible nombre de réponses, les résultats sont à considérer avec prudence.

### L'orientation vers la médecine générale

	Pitié-Salp.	France
Par choix après le second cycle	15,4	42,6
Après avoir préparé l'internat	53,8	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	30,8	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Pitié-Salp.	France
Jamais	84,6	70,8
En premier cycle	0,0	2,9
En second cycle	15,4	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

*... les enseignements théoriques*

	Pitié-Salp.	France
Intéressants	46,2	31,3
Peu intéressants	46,2	44,9
De qualité variable	7,7	19,9
Non réponse	0	3,9

*... le stage chez le praticien*

	Pitié-Salp.	France
Formateur	69,2	68,6
Pas formateur	7,7	24,9
Variable	23,1	1,6
Non réponse	0	4,9

### Situation par rapport à la thèse

	Pitié-Salp.	France
Non commencée	38,5	28,6
En cours	61,5	52,3
Terminée	0	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Pitié-Salp.	France
Installation en cabinet	53,8	49,7
Activité salariée	15,4	26,3
Indéterminé	23,1	18,9
Non réponse	7,7	5,1

## Structures et moyens

Le **Département de Médecine de famille** a été créé dès 1983, en s'appuyant notamment sur une expérience déjà longue de stages facultatifs auprès de praticiens généralistes. Sa composition est paritaire : outre le doyen, membre de droit, il comprend 7 hospitalo-universitaires, 3 praticiens hospitaliers, 5 généralistes enseignants et 5 maîtres de stage, ainsi que 4 étudiants (2 résidents, 1 étudiant de 2ème cycle "se destinant à la médecine générale" et un ancien étudiant de la Pitié-Salpêtrière). Il ne se réunit que rarement sous cette forme. C'est en fait le bureau, composé de 3 universitaires ou hospitaliers et 3 généralistes, et plus encore le comité de lecture qui font fonctionner la structure.

Le comité de lecture, qui regroupe essentiellement des généralistes enseignants et le coordonnateur hospitalo-universitaire, se réunit tous les mois : il s'occupe de la définition et du suivi des enseignements ; il est complété par une commission des stages. Le département est co-dirigé par le coordonnateur hospitalo-universitaire et l'enseignant associé de médecine générale.

Les moyens qui lui sont alloués sont d'inégale importance :

- . il n'y a qu'un petit bureau, très excentré ;
- . l'infrastructure administrative est très réduite, avec un temps partiel de secrétariat, assuré de manière irrégulière ;
- . le budget, en revanche, est substantiel : le département reçoit une dotation constante de 250 000 F, qu'il gère directement par délégation du doyen, et qui est employée pour rémunérer quelque 1 000 heures complémentaires et payer environ 50 000 F de matériel ;
- . il existe un emploi de maître de conférences associé depuis 1991 (un nouvel enseignant a été recruté sur ce poste en 1997) ; douze médecins généralistes sont chargés d'enseignement.

## La formation théorique

Le volume global de la formation théorique est de 180 heures, par étudiant, réparties sur les deux années. Les enseignements sont dispensés en fin d'après-midi et le samedi, dans le secteur universitaire du service de médecine interne.

Le contenu de la formation est établi par le comité de lecture ; il recouvre les grands champs de compétence du généraliste (cliniques, sociaux, administratifs). Le comité de lecture supervise également les projets pédagogiques de toutes les séances d'enseignement dirigé.

Les enseignements sont en principe réalisés par des binômes associant un médecin généraliste et un hospitalo-universitaire ou praticien hospitalier. La pédagogie, interactive, est basée sur l'étude de situations cliniques simulées ; le département dispose d'une base de données de plus de 500 observations, comportant des réponses validées par le comité de lecture, et régulièrement mises à jour.

La validation est fondée sur l'assiduité et sur un examen final pour tous les étudiants. Il faut avoir participé à 50% des enseignements pour s'inscrire à l'examen oral, passé devant un jury composé d'un hospitalo-universitaire et d'un généraliste.

Les généralistes enseignants sont recrutés parmi les maîtres de stage et doivent participer au séminaire annuel organisé par le collège des généralistes enseignants et le département.

## La formation pratique hospitalière

Elle souffre des mêmes problèmes que dans toutes les facultés de médecine de l'Ile-de-France.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

Durant le premier semestre d'application de la réforme, 20 étudiants ont effectué le stage, pour une moitié d'entre eux chez un seul praticien, pour l'autre moitié chez deux, voire trois maîtres de stage travaillant en cabinet de groupe (avec une alternance à la journée, selon les disponibilités des maîtres de stage, dont l'un était chargé de la coordination). Il est prévu d'affecter à l'avenir 30 étudiants en stage durant le semestre d'été comme dans celui d'hiver : on voit mal comment la maquette actuelle pourrait être maintenue... avec un effectif prévu de 30 maîtres de stage.

Un livret de stage a été préparé par un groupe de maîtres de stage, constitué à partir du comité de lecture. L'articulation entre la phase d'observation (formulation qui a semblé plus adéquate que celle de phase passive) et la phase active est laissée à l'appréciation du maître de stage et du résident, mais elle a fait l'objet d'une réflexion collective. La validation est assurée par le maître de stage, sur la base de l'assiduité et d'un rapport de stage, dans lequel l'étudiant expose les aspects positifs du stage et suggère des améliorations ; en outre, le carnet de stage, rempli par le maître de stage avec l'étudiant, comporte trois évaluations, au début, en cours et en fin de stage.

Les maîtres de stage n'ont pas eu de formation spécifique, en dehors de la journée pédagogique organisée par le collège des généralistes enseignants, qui a porté, en 1997, sur le stage de 6 mois. Durant le stage, il y a, tous les deux mois, une réunion des maîtres de stage.

L'offre de stage en structures de soins primaires est encore très limitée : tous les étudiants ont bénéficié de 8 demi-journées à la caisse régionale d'assurance maladie, et une partie d'entre eux de 10 demi-journées en centre PMI.

Le suivi du stage a été assuré par quatre réunions organisées avec les résidents, au cours du semestre. En outre, les stagiaires devaient assister deux fois par semaine à des travaux dirigés. Ils ont organisé par eux-mêmes une évaluation du stage, dont ils ont présenté la synthèse lors de la réunion pédagogique du collège des enseignants ; mais le CNE n'a pas eu communication de ce travail. D'ores et déjà, il apparaît que le stage chez le praticien entraîne une modification du comportement des étudiants par rapport à l'enseignement théorique, dont ils perçoivent mieux l'intérêt.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

Aucune sensibilisation à la médecine générale n'était organisée jusqu'à présent. Un séminaire, de 9 heures par étudiant, est mis en place cette année, en fin de D3.

Le nombre de thèses portant sur un sujet en relation avec la médecine générale reste faible (25 en 5 ans).

Il n'y a pas de recherche en médecine générale organisée par l'université.

Le département n'a pas de relations formalisées avec la formation médicale continue.



**Points forts****Points faibles**

<ul style="list-style-type: none"> <li>. Un budget important</li> <li>. La forte motivation des généralistes enseignants</li> <li>. Un effort de réflexion pédagogique, notamment au niveau du Comité de lecture, pour la conception et la préparation des enseignements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Une identification insuffisante du département au sein de la faculté</li> <li>. La faible implication des hospitalo-universitaires, en dehors du coordonnateur et des doyens successifs</li> <li>. L'absence d'implication dans les procédures d'agrément, d'adéquation et de choix des stages hospitaliers</li> <li>. L'absence de sensibilisation à la médecine générale en 1er et 2ème cycles</li> </ul>
---	--

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
C	B	E	C	E

## Université Paris VI - Faculté Saint-Antoine

### Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	73	53	50	61	60	45
en T2	36	62	37	51	49	62

### Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	31
Nombre d'inscrits en T2	49
Taux de réponse (en %)	63,3

#### L'orientation vers la médecine générale

	St-Antoine	France
Par choix après le second cycle	38,7	42,6
Après avoir préparé l'internat	35,5	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	22,6	20,7
Non réponse	3,2	3,2

#### Sensibilisation à la médecine générale \*

	St-Antoine	France
Jamais	87,1	70,8
En premier cycle	0,0	2,9
En second cycle	12,9	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

#### Point de vue sur ...

... les enseignements théoriques

	St-Antoine	France
Intéressants	32,2	31,3
Peu intéressants	45,2	44,9
De qualité variable	22,6	19,9
Non réponse	0	3,9

... le stage chez le praticien

	St-Antoine	France
Formateur	51,6	68,6
Pas formateur	45,2	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	3,2	4,9

#### Situation par rapport à la thèse

	St-Antoine	France
Non commencée	9,7	28,6
En cours	51,6	52,3
Terminée	38,7	18,8
Non réponse	0	0,3

#### Projet professionnel

	St-Antoine	France
Installation en cabinet	38,7	49,7
Activité salariée	32,3	26,3
Indéterminé	29,0	18,9
Non réponse	0	5,1

Le rapport d'évaluation interne n'a été remis au CNE que le jour même de l'expertise. Il est très succinct et ne présente pas d'analyse.

## Structures et moyens

**Le Département de Médecine générale** a été créé en septembre 1997 ; ses statuts ne sont pas encore arrêtés. Il fait suite à une Commission du 3ème cycle de médecine générale, qui avait été constituée en 1984. Cette évolution, fortement soutenue par le doyen, marque un tournant dans la politique de la faculté, jusque-là entièrement centrée sur l'internat de spécialités. Le conseil du département, qui se réunit une fois par mois, comprend, outre les deux coordonnateurs (respectivement hospitalo-universitaire et enseignant associé de médecine générale), quatre médecins généralistes, trois hospitalo-universitaires et un praticien hospitalier - mais pas d'étudiant. Le département comporte, en outre, huit groupes de travail.

Malgré un net changement à compter de la dernière année universitaire, il n'a encore que des moyens très limités :

- . il dispose, depuis la rentrée 1997, d'un bureau et d'équipement informatique ;
- . un quart de temps de secrétariat lui est affecté depuis décembre 1997 ;
- . il n'a pas de budget propre ; 200 heures complémentaires sont allouées sur le budget de la faculté ;
- . un maître de conférences associé a été nommé en juin 1997. Le nombre des généralistes enseignants est passé de 13 à 22 à la rentrée 1997 ; il n'est pas précisé combien d'entre eux sont chargés ou attachés d'enseignement.

## La formation théorique

Le volume global de la formation théorique est de 160 heures par étudiant, sous la forme de huit modules en 1ère année et cinq modules en 2ème année. Chaque séance de deux heures est dispensée à la fois le mardi en début d'après-midi et le mercredi en fin d'après-midi, pour faciliter la fréquentation des étudiants.

Un nouveau programme a été mis en place à l'automne 1997. Il a été établi par les coordonnateurs et quelques généralistes enseignants, à partir d'une définition de la médecine générale comme étant la médecine de premier recours, de la coordination des soins, du suivi de la santé et des maladies chroniques, de la fin de vie. Il présente peu de redondances avec le programme du 2ème cycle. La documentation est encore embryonnaire.

Les enseignements sont le plus souvent assurés par un trio composé de deux généralistes et d'un hospitalo-universitaire.

On note un réel souci pédagogique, porté par les coordonnateurs : c'est ainsi que le programme de l'année prochaine a été revu en fonction des critiques exprimées par les étudiants.

La validation porte à la fois sur l'assiduité (la présence obligatoire a été portée de 25 à 50% des séances) et sur un examen en fin de 3ème cycle, portant sur la résolution de problèmes cliniques. En cas d'échec, les résidents doivent réaliser un mémoire.

Les généralistes enseignants reçoivent une formation interne, délivrée en soirée, et ils sont encouragés à suivre les séminaires de l'École de Riom.

## La formation pratique hospitalière

Elle souffre des mêmes problèmes que dans toutes les facultés de médecine de l'Ile-de-France.

## La formation pratique extra-hospitalière

Au vu des prévisions, le département a choisi de concentrer les trois quarts des stages chez le praticien durant le semestre d'hiver. Jusqu'à présent, le vivier de maîtres de stage s'est avéré suffisant, mais avec un effectif de stagiaires multiplié presque par trois l'hiver prochain, de nouveaux recrutements devront être réalisés. En tout état de cause, les modalités retenues pour la maquette de stage ne sont pas fournies.

Un livret de stage a été élaboré sous l'égide du département de médecine générale par un groupe de généralistes enseignants ; il semble s'agir essentiellement d'une compilation d'objectifs. L'articulation entre la phase passive et la phase active ne fait l'objet d'aucune recommandation du département et elle est laissée à l'appréciation de gré à gré du maître de stage et du résident. L'avis concernant la validation du stage est formulé par le département, sur la base d'un contrôle de l'assiduité et à partir d'un rapport de stage et de l'appréciation du maître de stage.

Vingt-cinq médecins généralistes ont participé à une formation pédagogique à raison d'une soirée toutes les six semaines : en fait, il semble que cette formation ne soit pas spécifique à la maîtrise de stage, mais qu'elle concerne des thèmes pédagogiques généraux ou des thèmes professionnels.

Plusieurs résidents ont effectué un stage au sein des services médicaux des Caisses d'assurance maladie, à raison de huit demi-journées, complété de quelques demi-journées dans d'autres organismes.

La préparation, le suivi et le bilan du stage chez le praticien ne semblent pas avoir fait l'objet d'une démarche évaluative systématique ; ils ont surtout consisté en des entretiens individuels informels avec les résidents stagiaires. Au plan pédagogique, le programme de la formation théorique a simplement été allégé de modules ayant trait à la relation médecin-malade ; des recommandations semblent faites pour inciter les stagiaires à conduire des travaux de médecine générale sous la direction de leur maître de stage.

## Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte

Il n'y a pas encore de sensibilisation en 1er et 2ème cycles.

Il n'y a pas encore eu de thèse en médecine générale. Il n'y a pas de recherche en médecine générale.

Les relations avec la formation médicale continue sont fortes au niveau individuel. Il est projeté de les développer aussi de façon institutionnelle : un groupe de travail est consacré à la relation avec les organismes de formation médicale continue.

**Points forts****Points faibles**

<ul style="list-style-type: none"> <li>. La dynamique nouvelle enclenchée par le doyen, avec en particulier la création du Département de Médecine générale et le recrutement d'un enseignant associé</li> <li>. La volonté d'associer hospitalo-universitaires et médecins généralistes qui se concrétise notamment dans la collaboration étroite des deux coordonnateurs</li> <li>. Le renouvellement de la formation théorique, sur le plan du contenu comme de la pédagogie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. La fragilité institutionnelle du département, qui n'a pas encore de statuts et ne dispose que de moyens très limités</li> <li>. L'absence d'implication dans les procédures d'agrément, d'adéquation et de choix des stages hospitaliers</li> <li>. D'importantes difficultés dans la mise en place du cinquième semestre</li> <li>. L'absence de sensibilisation à la médecine générale en 1er et 2ème cycles, ainsi que de thèses en relation avec la médecine générale</li> </ul>
--	---

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
D	B	E	D	E

---

## Université Paris VII - Faculté Xavier Bichat

---

### Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	154	100	52	58	72	70
en T2	111	112	79	65	65	79

### Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	19
Nombre d'inscrits en T2	65
Taux de réponse (en %)	29,2

#### L'orientation vers la médecine générale

	Bichat	France
Par choix après le second cycle	21,1	42,6
Après avoir préparé l'internat	57,8	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	21,1	20,7
Non réponse	0	3,2

#### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Bichat	France
Jamais	89,5	70,8
En premier cycle	0	2,9
En second cycle	10,5	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

#### Point de vue sur ...

... les enseignements théoriques

	Bichat	France
Intéressants	31,6	31,3
Peu intéressants	57,8	44,9
De qualité variable	5,3	19,9
Non réponse	5,3	3,9

... le stage chez le praticien

	Bichat	France
Formateur	57,9	68,6
Pas formateur	36,8	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	5,3	4,9

#### Situation par rapport à la thèse

	Bichat	France
Non commencée	21,1	28,6
En cours	78,9	52,3
Terminée	0	18,8
Non réponse	0	0,3

#### Projet professionnel

	Bichat	France
Installation en cabinet	52,6	49,7
Activité salariée	10,5	26,3
Indéterminé	31,6	18,9
Non réponse	5,3	5,1

## Structures et moyens

**Le Département de Médecine générale**, créé en 1994, bénéficie de l'investissement ancien de cette faculté dans la formation des généralistes, puisque, dès 1975, un enseignement théorique et pratique y avait été mis en place, d'abord sous l'égide d'un département du troisième cycle, puis dans le cadre de la Commission du 3ème cycle de médecine générale. Le département est dirigé par un coordonnateur, assisté d'un coordonnateur, l'un devant être hospitalo-universitaire et l'autre enseignant associé de médecine générale : actuellement, c'est le professeur associé qui assure la direction. Le Conseil de département comprend, outre le doyen, 6 hospitalo-universitaires et 3 praticiens hospitaliers nommés par lui, 9 médecins généralistes et l'enseignant associé de médecine générale, enfin 2 représentants des étudiants (de 2ème et 3ème cycles). On retrouve cette même parité dans le Bureau.

Le passage de la commission au département n'a pas apporté d'autonomie supplémentaire à la structure en charge de la formation à la médecine générale. Mais les moyens qui lui sont alloués traduisent la détermination de la faculté à la soutenir de manière significative :

- . le département dispose de deux salles de cours, une salle informatique, deux bureaux et une salle de réunion, et il est ainsi bien identifié ;
- . il bénéficie d'une secrétaire à temps plein ;
- . il n'a pas de ligne budgétaire propre, les frais de fonctionnement étant pris en charge par l'UFR ; il reçoit 780 heures complémentaires ;
- . un professeur associé de médecine générale avait été recruté dès 1991 ; il sera remplacé par un maître de conférences associé à la rentrée 1998. Il y a 13 généralistes enseignants, dont 3 chargés et 7 attachés d'enseignement.

## La formation théorique

Le volume de la formation théorique est de 192 heures par étudiant, réparties sur deux ans. Les enseignements sont dispensés dans les locaux du département, sous la forme de séances de 2 à 4 heures, l'après-midi.

Le programme est organisé en 24 modules. Il comporte les thèmes prioritaires prévus dans les textes réglementaires. Les enseignements sont assurés par des binômes de généralistes, pour des groupes de 25 étudiants. On a pu noter au fil des ans une tendance au désengagement des hospitalo-universitaires, tendance qui semble, depuis peu, s'inverser grâce aux rapprochements entre hospitalo-universitaires et généralistes qu'offrent notamment la sensibilisation en 1er et 2ème cycles et la préparation de thèses de médecine générale.

Les étudiants sont plutôt critiques ; ils estiment que les cours sont d'un intérêt très inégal.

La validation se fait sur l'assiduité, avec obligation de présence à 90 heures d'enseignement sur deux ans, et sur une auto-évaluation dont les modalités sont très variables d'un module à l'autre. Aucun module n'est imposé, pas même ceux qui traitent de problèmes spécifiques à l'exercice professionnel du généraliste. Un projet d'examen oral sur cas clinique en fin de cursus est à l'étude.

Les généralistes enseignants sont recrutés par cooptation, parmi les maîtres de stage. Leur formation se fait essentiellement à l'École de Riom et lors des séminaires annuels organisés par le département.

## La formation pratique hospitalière

Elle souffre des mêmes problèmes que dans toutes les facultés de médecine de l'Ile-de-France.

### La formation pratique extra-hospitalière

Bien que le département ne signale pas de difficulté particulière dans le recrutement des maîtres de stage, les chiffres font apparaître un déficit très net : le vivier de 30 maîtres de stage ne peut couvrir au mieux que les deux tiers des besoins. En outre, le fait que la DRASS n'ait débloqué que 13 postes au semestre d'été laisse présager un engorgement aux semestres suivants, pour lesquels le département n'affiche aucune prévision d'effectifs. Il y a un seul maître de stage par résident, avec un coordonnateur par groupe de cinq maîtres de stage : ce choix a été fait *a priori*, pour favoriser un travail actif du stagiaire.

Un "guide des connaissances et savoir-faire à acquérir au cours du stage pratique de médecine générale" a été préparé par trois maîtres de stage et validé par le conseil du département. L'articulation entre la phase passive et la phase active est laissée à l'appréciation du maître de stage et du résident. La validation du stage se fait à partir d'un rapport rédigé par le stagiaire et d'une fiche d'évaluation, quantitative et qualitative, que le stagiaire doit remplir quotidiennement et remettre tous les mois au secrétariat du département.

Tous les maîtres de stage ont suivi deux journées pédagogiques organisées par le conseil du département et le collège des généralistes enseignants, complétées par deux réunions semestrielles. Mais cette formation s'est avérée insuffisante pour certains d'entre eux.

Tous les stagiaires ont effectué six demi-journées en PMI et huit demi-journées à la sécurité sociale.

La mise en place du cinquième semestre s'est heurtée, semble-t-il, à la faible motivation de beaucoup d'étudiants qui vivent mal cet allongement de leurs études. L'analyse des fiches d'évaluation, qui reprennent toutes les activités des stagiaires, est en cours. Les étudiants ont vu en moyenne 230 patients par mois, dont plus de 30 % en "actif". On constate déjà une incidence sur la thèse, puisque certains résidents ont commencé à la préparer pendant le stage.

### Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte

La sensibilisation à la médecine générale est importante : elle commence en P2 avec un cours de 2 heures ; en D1, il est proposé un stage facultatif de 3 jours chez le praticien, qui est très suivi ; en D2, D3, D4, un enseignement sur les sites hospitaliers est réalisé par des binômes généralistes - hospitalo-universitaires ; en D3 et D4, il est organisé un certificat optionnel de médecine générale (30 heures).

Un gros effort a été fait pour développer les thèses en médecine générale. La progression est nette : 4 thèses en 1989, 17 en 1996. La faculté a organisé un prix de thèse en médecine générale.

Constatant l'absence de formation des médecins généralistes à la recherche, le département a mis en place un cycle de formation. Des travaux de recherche ont été publiés (notamment sur le thème de l'alcoolisme).

Enfin, soulignons la mise en place d'une demi-journée annuelle de médecine générale ; l'ouverture d'un centre d'accueil et d'information qui peut recevoir les étudiants, tous les quinze jours ; la création d'une lettre du département ; la création d'une association des anciens diplômés.



**Points forts****Points faibles**

<ul style="list-style-type: none"> <li>. Une structure solide, soutenue par les doyens successifs et dotée de moyens suffisants</li> <li>. Une bonne participation des médecins généralistes à l'enseignement théorique</li> <li>. Une importante sensibilisation à la médecine générale en 1er et 2ème cycles</li> <li>. Un effort significatif pour développer les thèses de médecine générale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Un désengagement des hospitalo-universitaires</li> <li>. Des exigences insuffisantes pour la validation de la formation théorique</li> <li>. L'absence d'implication dans les procédures d'agrément, d'adéquation et de choix des stages hospitaliers</li> <li>. Un vivier insuffisant de maîtres de stage</li> </ul>
---	--

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
B	C	E	C	A

## Université Paris VII - Faculté Lariboisière - Saint-Louis

### Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	153	110	71	70	71	70
en T2	131	120	111	97	104	94

### Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	30
Nombre d'inscrits en T2	104
Taux de réponse (en %)	28,8

#### L'orientation vers la médecine générale

	Lariboisière	France
Par choix après le second cycle	23,3	42,6
Après avoir préparé l'internat	36,7	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	33,3	20,7
Non réponse	6,7	3,2

#### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Lariboisière	France
Jamais	86,7	70,8
En premier cycle	3,3	2,9
En second cycle	10,0	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

#### Point de vue sur ...

... les enseignements théoriques

	Lariboisière	France
Intéressants	43,4	31,3
Peu intéressants	33,3	44,9
De qualité variable	23,3	19,9
Non réponse	0	3,9

... le stage chez le praticien

	Lariboisière	France
Formateur	73,3	68,6
Pas formateur	20,0	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	6,7	4,9

#### Situation par rapport à la thèse

	Lariboisière	France
Non commencée	43,3	28,6
En cours	40	52,3
Terminée	16,7	18,8
Non réponse	0	0,3

#### Projet professionnel

	Lariboisière	France
Installation en cabinet	30,0	49,7
Activité salariée	33,3	26,3
Indéterminé	33,3	18,9
Non réponse	3,4	5,1

## Structures et moyens

**La Commission de concertation et d'évaluation du 3ème cycle de Médecine générale**, créée en 1988, fait suite à une structure informelle, constituée en 1978 et marquée par des vicissitudes de développement parfois conflictuelles entre hospitalo-universitaires et généralistes. Il y a un an, le projet de créer un département s'est heurté à l'obstacle administratif des statuts de la faculté, qui ne le permettent pas. La commission comporte sept hospitalo-universitaires et sept généralistes, mais aucun praticien hospitalier. Elle comporte également trois étudiants, dont deux assistent aux réunions ; d'une façon générale, la structure est très mal connue des résidents. La direction est confiée à un hospitalo-universitaire, nommé il y a un an, qui fait une bonne équipe avec un maître de conférences associé de médecine générale. La commission se réunit trois fois par an.

Les moyens de la commission sont assez limités :

- . les locaux spécifiques se réduisent à un bureau de 8 m<sup>2</sup>, partagé par les deux coordinateurs, hospitalo-universitaire et enseignant généraliste ;
- . une secrétaire à temps plein assure tout le secrétariat du 3ème cycle et un autre secrétaire consacre 80% de son temps à gérer les problèmes spécifiques du 3ème cycle de médecine générale ;
- . il n'y a pas de budget spécifique ; les frais courant sont pris en charge par la faculté. Les heures complémentaires sont en réduction constante depuis plusieurs années (302 heures en 1993-1994, 139 heures en 1996-1997) ;
- . à côté du maître de conférences associé, une dizaine de généralistes enseignants participent régulièrement aux enseignements ; ils sont pour la plupart attachés ou chargés d'enseignement.

## La formation théorique

Le volume de la formation théorique est de 128 heures par étudiant, soit 8 modules à choisir parmi 23 modules de 16 heures. Les enseignements sont dispensés sous la forme de séances de trois heures, l'après-midi, soit à la faculté, soit dans des locaux hospitaliers (Lariboisière, Saint-Louis, Robert Debré) et sous la forme de séminaires, organisés par des généralistes et tenus à Euabonne, en week-end, y compris le dimanche.

Seuls 7 modules sont coordonnés par un généraliste et concernent des thématiques correspondant à l'exercice professionnel du médecin généraliste. Les autres modules sont dispensés par des hospitalo-universitaires (avec, pour une moitié d'entre eux, l'intervention de médecins généralistes) et reproduisent approximativement l'enseignement du 2ème cycle, une fois sur deux sous la forme de cours magistraux. Au total, la réflexion sur la structure de l'enseignement est insuffisante. Le plus grave est qu'un étudiant pourrait valider ses 8 modules sans suivre un seul des modules spécifiques à la médecine générale.

L'enquête auprès des étudiants fait toutefois apparaître un taux de satisfaction supérieur à la moyenne nationale.

La validation est fondée sur la présence et sur des tests réalisés au début et à la fin de chaque séance.

Les généralistes enseignants ont reçu une formation aux techniques d'animation, parfois complétée par des séminaires de l'École de Riom.

## La formation pratique hospitalière

Elle souffre des mêmes problèmes que dans toutes les facultés de médecine de l'Ile-de-France.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

Un groupe déjà ancien de maîtres de stage, pour la plupart adéquatement formés, a permis de débiter la mise en place du cinquième semestre en adoptant d'emblée une affectation majoritaire des résidents en stage durant le semestre d'hiver, pour répondre aux contraintes hospitalières. Le format retenu dans la plupart des cas est celui d'un stage chez un seul maître de stage.

Il existe un livret de stage centré sur l'évaluation formative, rédigé par l'enseignant associé de médecine générale, sous l'égide de la commission. L'articulation entre la phase passive et la phase active fait l'objet de recommandations de la part de la commission, mais elle est laissée à l'appréciation conjointe du maître de stage et du résident. Des difficultés ponctuelles ont été recensées, certains maîtres de stage ayant des difficultés à laisser leur stagiaire travailler en totale autonomie. L'avis concernant la validation du stage est formulé par la commission, sur la base d'une assiduité du stagiaire et d'un rapport de stage.

Une formation des maîtres de stage a été mise en place - mais aucune information n'a été donnée sur son contenu et ses modalités, ni sur le nombre de généralistes qui y ont participé. Il y a des réunions régulières des maîtres de stage et, pour les stagiaires, des réunions organisées tous les deux mois.

L'offre de stages en structures de soins primaires hors cabinet est restreinte à un stage de 10 demi-journées auprès des services médicaux des Caisses d'assurance maladie. Les autres terrains de stage font actuellement l'objet d'expériences exploratoires dans une stratégie générale de type inventaire qui devrait déboucher sur une offre plus diversifiée à terme.

Une évaluation, réalisée à mi-parcours en fin de premier semestre et associant les résidents et les maîtres de stage, a permis de bien identifier les problèmes posés. Certains sont en cours de résolution. En revanche, le manque de coordination entre le stage et les enseignements théoriques est un problème qui demeure entier et qui ne pourra se résoudre que par une totale refonte de la planification de la formation.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

Il existait un stage optionnel de sensibilisation de 5 demi-journées en D2, qui a malheureusement disparu. Un projet est à l'étude pour le 2ème cycle.

Cinq à dix thèses par an portent sur des sujets de médecine générale, sous l'impulsion de l'enseignant associé.

Il n'y a pas de travail de recherche en médecine générale.

**Points forts**

**Points faibles**

<p>. L'opportunité de refonder une dynamique en s'appuyant sur la désignation d'un nouveau coordinateur, la mise en place du 5ème semestre et le soutien institutionnel du président de l'université</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Une Commission faiblement dotée en moyens spécifiques et mal identifiée (notamment peu connue des résidents)</li> <li>. L'indifférence, à l'égard de la médecine générale, de la plupart des hospitalo-universitaires, en dehors du coordonnateur</li> <li>. L'insuffisance de la formation théorique tant dans son contenu que sa pédagogie</li> <li>. L'absence d'implication dans les procédures d'agrément, d'adéquation et de choix des stages hospitaliers</li> <li>. La non prise en compte de la formation à la médecine générale dans son contexte</li> </ul>
--	---

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
D	D	E	C	E

## Université Paris XI - Faculté Paris-Sud

### Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	81	91	29	34	54	47
en T2	49	49	30	28	32	47

### Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	18
Nombre d'inscrits en T2	32
Taux de réponse (en %)	56,3

#### L'orientation vers la médecine générale

	Paris-Sud	France
Par choix après le second cycle	38,9	42,6
Après avoir préparé l'internat	50,0	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	11,1	20,7
Non réponse	0	3,2

#### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Paris-Sud	France
Jamais	66,7	70,8
En premier cycle	11,1	2,9
En second cycle	22,2	26,8
Non réponse	5,6	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

#### Point de vue sur ...

... les enseignements théoriques

	Paris-Sud	France
Intéressants	44,5	31,3
Peu intéressants	22,2	44,9
De qualité variable	33,3	19,9
Non réponse	0	3,9

... le stage chez le praticien

	Paris-Sud	France
Formateur	88,8	68,6
Pas formateur	5,6	24,9
Variable	5,6	1,6
Non réponse	0	4,9

#### Situation par rapport à la thèse

	Paris-Sud	France
Non commencée	27,8	28,6
En cours	55,6	52,3
Terminée	16,6	18,8
Non réponse	0	0,3

#### Projet professionnel

	Paris-Sud	France
Installation en cabinet	50,0	49,7
Activité salariée	27,8	26,3
Indéterminé	16,6	18,9
Non réponse	5,6	5,1

## Structures et moyens

**Le Département de Médecine de famille** a été créé dès 1976. Ses statuts, révisés en 1984, définissent ses missions (qui portent sur la sensibilisation à la médecine générale en 1er et 2ème cycles, l'enseignement théorique en 3ème cycle, la documentation et la recherche en médecine générale), mais ne précisent pas sa composition. En 1997-1998, il comprend 18 membres, dont le professeur associé de médecine générale qui en est le président, un hospitalo-universitaire qui est vice-président, un praticien hospitalier et quinze médecins généralistes. La parité réglementaire n'est donc pas respectée et il n'y a pas non plus de représentation étudiante. Le département se réunit deux fois par an. En pratique, le travail de réflexion et d'organisation est fait par le professeur associé et trois généralistes enseignants, responsables des enseignements théoriques en T1, T2 et T3. Très tôt, la faculté a affirmé la volonté que la formation des généralistes soit assurée par des généralistes et l'a donc déléguée au département ; mais celui-ci a fonctionné jusqu'à présent tout à fait en marge des instances universitaires. Avec l'élection d'un nouveau doyen, au début de l'année 1998, la situation évolue rapidement dans le sens d'une réelle intégration du département.

Le département n'était pas jusqu'ici bien identifié au sein de la faculté :

- . il était installé dans l'antenne universitaire de l'hôpital Antoine Bécclère à Clamart, alors que les enseignements sont dispensés au Kremlin-Bicêtre, qui est devenu l'implantation principale de la faculté. En juin 1998, il a rejoint le Kremlin-Bicêtre, où il dispose d'un local propre ;
- . il dispose d'un temps plein de secrétariat ;
- . il n'a pas de budget propre. Les frais de fonctionnement sont couverts par le budget de la faculté. La dotation en heures complémentaires est en diminution régulière (elle est passée d'environ 1 000 heures en 1992-1993 à 700 heures en 1996-1997) ;
- . un professeur associé de médecine générale a été recruté en 1993. L'équipe pédagogique se compose de 21 généralistes enseignants, sans qu'il soit précisé s'ils sont attachés ou chargés d'enseignement.

## La formation théorique

Le volume global de la formation, par étudiant, est de 153 heures, réparties sur trois ans. Avant l'introduction du cinquième semestre, il était de 120 heures. Les séances ont lieu à jour fixe, de 21 heures à minuit.

Les enseignements de la 1ère année sont articulés sur la décision en médecine générale et le dialogue avec le spécialiste. Ceux de 2ème année sont construits en quatre modules : le remplacement ; autour du dossier médical ; les rôles du médecin généraliste ; donner des soins de qualité. Le programme de la 3ème année est en préparation, sous l'intitulé "de l'installation à la pratique quotidienne".

Les enseignements sont préparés par des équipes de quatre généralistes et réalisés en parallèle avec des groupes d'une dizaine d'étudiants. La pédagogie est interactive : cinq à six observations sont envisagées à chaque séance, au terme de laquelle les étudiants rédigent chacun une ordonnance fictive. En T2, des ateliers de gestes techniques sur mannequins ont été introduits cette année.

Un gros effort est fait pour appuyer l'enseignement sur des références écrites. Les photocopiés préparés par le département ont été publiés par les Éditions scientifiques, avec le soutien de laboratoires.

Pour remplacer l'évaluation systématique en fin de séance, qui ne donnait pas satisfaction, une évaluation "surprise" a été mise en place : les enseignants et étudiants ne sont pas prévenus à l'avance et remplissent une même fiche d'évaluation. L'enquête conduite par le CNE fait apparaître un taux de satisfaction des étudiants nettement supérieur à la moyenne nationale.

La validation est fondée sur l'assiduité (avec présence obligatoire à deux tiers des séances) ou sur un examen écrit en fin d'enseignement (avec un examen de rattrapage à l'automne).

L'introduction du cinquième semestre a donné l'occasion de relancer la réflexion pédagogique et de mettre en place une formation des généralistes enseignants et maîtres de stage, sous l'égide d'une association créée

en interne. Il n'y avait pas jusqu'alors d'exigences bien définies en matière de recrutement et de formation, mais le Conseil de faculté, en juillet, a décidé de s'impliquer sur ce dossier.

### **La formation pratique hospitalière**

Elle souffre des mêmes problèmes que dans toutes les facultés de médecine de l'Ile-de-France.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

Durant les deux premiers semestres d'application de la réforme, 18 et 12 étudiants respectivement ont effectué le stage chez le praticien. Les prévisions indiquent 42 stagiaires durant l'hiver prochain, ce qui nécessiterait 120 maîtres de stage dans la configuration actuelle, à savoir deux à trois maîtres de stage par résident : or le vivier disponible est d'une quarantaine de maîtres de stage. Jusqu'à présent, les étudiants vont successivement, au cours de la même semaine, chez leurs deux ou trois maîtres de stage, dont l'un a une responsabilité de coordination.

Il existe un livret de stage. L'articulation entre la phase passive et la phase active fait l'objet de recommandations du département. La validation est assurée par le responsable du département, sur la base des fiches remplies par les maîtres de stage.

Des stages en structures hors cabinet (représentant une vingtaine de demi-journées) ont été offerts à tous les résidents, durant le semestre d'hiver, à la sécurité sociale, chez des spécialistes libéraux, en pharmacie et pour quelques uns en PMI. L'offre est nettement plus réduite pour le semestre d'été.

Les maîtres de stage ont tous suivi une formation organisée par la nouvelle association, à raison d'une réunion par mois.

Les étudiants ont participé activement à la mise en place et au bilan du stage. Il existe un noyau très soudé de maîtres de stage, mais plusieurs semaines après la fin du premier stage, ils n'avaient encore reçu aucune rémunération.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

La sensibilisation à la médecine générale est quasiment inexistante : elle se limite, en P2, à l'intervention du professeur associé au cours de la journée d'accueil où sont présentés les différents exercices médicaux. A la rentrée 1998, il est prévu de mettre en place un séminaire ouvert aux étudiants de D2, D3, D4, et dont la préparation est confiée au professeur associé de médecine générale.

Le nombre de thèses en médecine générale est faible : une trentaine depuis 1977.

Le département comporte un groupe de recherche en médecine générale (RMG), qui travaille sur la pratique médicale.

Il n'existe pas jusqu'à présent de relation structurée avec la formation médicale continue : mais c'est là un des "chantiers" actuels du nouveau doyen et c'est pourquoi le département de médecine de famille vient de s'installer près du département de formation continue nouvellement créé.



**Points forts****Points faibles**

<ul style="list-style-type: none"> <li>. La volonté du nouveau doyen de redonner à la formation en médecine générale sa juste place au sein de la faculté, tout en développant la formation médicale continue</li> <li>. L'engagement de longue date des médecins généralistes et notamment du professeur associé</li> <li>. Une réflexion pédagogique renouvelée par l'introduction du cinquième semestre et une solide préparation des enseignements théoriques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. L'absence d'implication des hospitalo-universitaires et des praticiens hospitaliers</li> <li>. L'absence d'implication dans les procédures d'agrément, d'adéquation et de choix des stages hospitaliers</li> <li>. L'absence de sensibilisation à la médecine générale en 1er et 2ème cycles</li> <li>. Le faible développement des thèses en médecine générale</li> </ul>
--	---

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
C	B	E	C	D

## Université Paris XII - Faculté Henri Mondor

### Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	106	108	48	55	60	71
en T2	70	72	68	46	50	60

### Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	14
Nombre d'inscrits en T2	50
Taux de réponse (en %)	28

Compte tenu du faible nombre de réponses, les résultats sont à considérer avec prudence.

### L'orientation vers la médecine générale

	H. Mondor	France
Par choix après le second cycle	21,4	42,6
Après avoir préparé l'internat	57,2	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	21,4	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	H. Mondor	France
Jamais	50,0	70,8
En premier cycle	7,1	2,9
En second cycle	50,0	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

*... les enseignements théoriques*

	H. Mondor	France
Intéressants	57,1	31,3
Peu intéressants	7,1	44,9
De qualité variable	35,8	19,9
Non réponse	0	3,9

*... le stage chez le praticien*

	H. Mondor	France
Formateur	57,1	68,6
Pas formateur	42,9	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	0	4,9

### Situation par rapport à la thèse

	H. Mondor	France
Non commencée	28,6	28,6
En cours	57,1	52,3
Terminée	14,3	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	H. Mondor	France
Installation en cabinet	42,8	49,7
Activité salariée	28,6	26,3
Indéterminé	28,6	18,9
Non réponse	0	5,1

## Structures et moyens

Le **Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine générale** a été créé en 1986. Il est coordonné, depuis l'origine, par l'enseignant associé de médecine générale. Il comporte un conseil, qui ne respecte pas la parité réglementaire puisqu'il est composé de 10 médecins généralistes, 5 hospitalo-universitaires, 5 praticiens hospitaliers et 4 étudiants (dont 2 résidents). En fait, les hospitalo-universitaires et les praticiens hospitaliers se sont peu à peu désengagés du fonctionnement du département, de sorte qu'il est exclusivement administré, depuis trois à quatre ans, par la composante généraliste. On note également une faible implication des résidents, qui se contentent d'entretenir des rapports informels avec le coordonnateur. Le département est pourtant très actif : le conseil tient une réunion par mois environ et organise chaque année un week-end pédagogique. Mais le départ prochain du professeur associé risque de fragiliser la structure : il est très souhaitable que la faculté saisisse cette occasion pour réorganiser les responsabilités, avec une plus forte participation des diverses composantes.

Le département dispose de moyens globalement adaptés, mais sans forte identification au sein de la faculté :

- . il dispose, depuis 1996-1997, d'une salle d'enseignement de 40 m<sup>2</sup>, dotée d'équipements informatiques et pédagogiques (vidéo - mannequins) ;
- . il n'a pas de personnel administratif en propre ; le secrétariat administratif est intégré au service de scolarité de la faculté, où il ne dispose pas d'un local spécifique ; le secrétariat pédagogique est assuré, de manière contractuelle, par une secrétaire hospitalière, qui le fait après son service ;
- . il bénéficie, depuis 3 ans, d'une ligne budgétaire stable d'environ 60 000 F et d'une dotation, stable elle aussi depuis 1991, de 800 heures complémentaires ;
- . l'emploi d'enseignant associé, créé en 1991, est occupé depuis l'origine par le même médecin généraliste, d'abord comme maître de conférences, puis comme professeur. Les 16 chargés d'enseignement participent à la formation théorique. Les 60 maîtres de stage sont attachés d'enseignement.

## La formation théorique

Le volume global de la formation, qui était de 123 heures par étudiant, vient d'être porté à 137 heures, avec un étalement sur cinq semestres. Les enseignements, dont la durée unitaire varie de 2 à 4 heures, sont organisés sur le site de la faculté, à des horaires différents, le plus souvent entre 14 h et 19h30, rarement le soir après 20 h.

Les 13 modules sont construits autour de grandes fonctions transversales qui sous-tendent autant de composantes de la compétence en médecine générale (la continuité des soins, la coordination des soins, le médecin généraliste acteur de santé publique, etc.). Chaque module fait l'objet d'un document polycopié.

Les enseignements sont organisés en enseignements dirigés, avec mises en situation simulées des étudiants à partir de cas cliniques. Ils sont assurés par les 16 généralistes chargés d'enseignement, accessoirement assistés de 10 spécialistes attachés d'enseignement ; la participation d'hospitalo-universitaires n'est qu'épisodique. Il n'y a pas d'évaluation par les étudiants.

Le renouvellement des enseignants se fait à partir du vivier des maîtres de stage, qui doivent suivre une formation pédagogique interne ou à l'École de Riom. Les candidats sont auditionnés par le conseil de département, devant lequel ils font une présentation pédagogique.

La validation repose sur l'assiduité ; il est exigé de participer aux deux tiers des enseignements de chaque module. En cas d'assiduité insuffisante, les étudiants doivent passer un examen oral ou écrit. Il semble qu'un tiers des étudiants choisissent de ne pas assister aux cours, mais de présenter l'examen en s'aidant des photocopies.

### **La formation pratique hospitalière**

Elle souffre des mêmes problèmes que dans toutes les facultés de médecine de l'Ile-de-France.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

Un groupe de 34 maîtres de stage, motivés et formés, était disponible bien avant le début effectif du cinquième semestre. La maquette actuellement adoptée (un résident stagiaire chez un seul maître de stage pour le semestre) n'implique pas de recrutement complémentaire de nouveaux maîtres de stage. Le dispositif pourrait néanmoins être menacé s'il fallait affecter beaucoup plus de résidents durant le semestre d'hiver que durant le semestre d'été, pour minimiser les fluctuations saisonnières des résidents affectés dans les hôpitaux de la subdivision.

Il existe un livret de stage élaboré sous l'égide du département, qui comporte un carnet de stage et un carnet d'évaluation du stage. L'articulation entre la phase passive et la phase active, qui fait l'objet de recommandations du département, est laissée à l'appréciation du maître de stage et du résident, ce qui est une modalité commode dans le modèle à maître de stage unique. L'avis concernant la validation du stage est formulé par le département, sur proposition du maître de stage : celui-ci s'appuie sur le rapport de stage du résident et il évalue si les objectifs d'apprentissage ont été atteints.

Tous les maîtres de stage ont suivi une formation spécifique de deux jours, organisée sous l'égide du département.

Tous les étudiants ont bénéficié d'un stage en structure de soins hors cabinet, auprès de trois structures différentes et à raison d'une durée globale de 26 demi-journées.

La préparation, le suivi et l'évaluation du premier semestre de stage chez le praticien ont été effectués grâce à des réunions systématiques sollicitant l'ensemble des acteurs. Il est envisagé d'exploiter le développement de ce stage de longue durée pour améliorer encore la cohérence et la complémentarité de la formation théorique et de la formation par les stages

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

Une sensibilisation à la médecine générale est organisée en 2ème cycle depuis 1991. Outre un cours magistral de 2 heures en P2, elle comporte désormais un séminaire thématique obligatoire de 19 heures en D2 et un enseignement optionnel en D4. Depuis deux ans, un stage "découverte" de trois demi-journées dans des cabinets de médecine générale a été mis en place, en amont du séminaire de D2 : aucune ligne budgétaire n'étant prévue, les praticiens ont encadré bénévolement ces stages. Pour mieux se faire connaître auprès de tous les étudiants et enseignants de la faculté, le département a organisé une "soirée de la médecine générale", avec des posters présentant les différents modules d'enseignement dispensés au cours des trois cycles.

Seulement deux ou trois thèses par an, en moyenne, portent sur des sujets ayant trait à la médecine générale. Il n'y a pas d'autre activité de recherche en médecine générale.

Il n'y a pas de relation forte avec la formation médicale continue, pour laquelle un département vient tout juste d'être créé.

**Points forts****Points faibles**

<p>. L'efficacité du Département de Médecine générale, fondée sur une implication forte du professeur associé et des médecins généralistes et sur la qualité de leur réflexion pédagogique</p> <p>. Une formation théorique orientée vers la construction d'une compétence en médecine générale, avec des généralistes enseignants formés dans cette optique</p> <p>. La mise en place du cinquième semestre, avec des maîtres de stage motivés et formés</p>	<p>. Un dispositif qui repose trop exclusivement sur l'enseignant associé de médecine générale et la composante généraliste, avec un désengagement des hospitalo-universitaires et des praticiens hospitaliers</p> <p>. L'absence d'implication dans les procédures d'agrément, d'adéquation et de choix des stages hospitaliers</p> <p>. Le faible développement des thèses en médecine générale</p>
---	---

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
B	B	E	B	C

## Université Paris XIII - Faculté Léonard de Vinci

### Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	93	62	59	67	59	60
en T2	64	86	52	67	63	64

### Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	18
Nombre d'inscrits en T2	63
Taux de réponse (en %)	28,6

#### L'orientation vers la médecine générale

	L. de Vinci	France
Par choix après le second cycle	44,4	42,6
Après avoir préparé l'internat	44,4	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	11,2	20,7
Non réponse	0	3,2

#### Sensibilisation à la médecine générale \*

	L. de Vinci	France
Jamais	50,0	70,8
En premier cycle	5,6	2,9
En second cycle	50,0	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

#### Point de vue sur ...

... les enseignements théoriques

	L. de Vinci	France
Intéressants	33,3	31,3
Peu intéressants	27,8	44,9
De qualité variable	38,9	19,9
Non réponse	0	3,9

... le stage chez le praticien

	L. de Vinci	France
Formateur	77,7	68,6
Pas formateur	16,7	24,9
Variable	6	1,6
Non réponse	0	4,9

#### Situation par rapport à la thèse

	L. de Vinci	France
Non commencée	27,8	28,6
En cours	61,1	52,3
Terminée	11,1	18,8
Non réponse	0	0,3

#### Projet professionnel

	L. de Vinci	France
Installation en cabinet	38,9	49,7
Activité salariée	38,9	26,3
Indéterminé	11,1	18,9
Non réponse	11,1	5,1

## Structures et moyens

**Le Département de Médecine générale**, créé en 1984, fait suite à une structure mise en place en 1970, l'Institut universitaire de Médecine générale. Mais ses premiers statuts n'ont-ils pas été votés que vers 1990 ; ils ont été récemment modifiés pour permettre notamment "au milieu hospitalo-universitaire d'y être mieux représenté". En réalité, il s'agit de statuts virtuels, ce département ne s'étant jamais réuni, les seuls éléments concrets étant représentés par sa direction actuelle, assurée conjointement par le maître de conférences associé de médecine générale et par le coordonnateur hospitalo-universitaire. Le caractère fictif de ce département s'explique sans doute par l'histoire de l'UFR de Bobigny mais impose bien évidemment la mise en place d'urgence d'autres modes de fonctionnement.

Les moyens dont dispose le département sont limités et imparfaitement définis :

- . il n'a qu'un bureau de 25m<sup>2</sup>, séparé par une cloison vitrée en une partie pour la secrétaire et une autre pour l'enseignant associé. De plus, ce bureau est partagé avec le département de gériatrie. Le matériel se limite à un ordinateur relativement ancien, puisqu'il s'agit d'un don privé fait au précédent enseignant associé ;
- . il lui est affecté un secrétariat à temps plein pour le 3ème cycle et un secrétariat à temps partiel pour le 2ème cycle, ainsi qu'un demi-poste supplémentaire, depuis janvier 1998, pour la gestion des thèses ;
- . il n'a pas de ligne budgétaire spécifique, les coordonnateurs s'adressant autant que de besoin au service de la scolarité de l'UFR, notamment pour la reprographie. Il est impossible de connaître le nombre d'heures complémentaires versées au titre de la formation à la médecine générale. Le fonctionnement budgétaire du département se fonde dans celui de la faculté, qui lui-même semble s'affranchir totalement des règles habituelles. De fait, de nombreuses heures d'enseignement ne sont pas rémunérées : une part importante de la formation théorique du 3ème cycle repose sur le bénévolat plus ou moins librement consenti de médecins généralistes ;
- . la faculté dispose, depuis 1992, d'un emploi d'enseignant associé, actuellement occupé par un maître de conférences. Douze médecins généralistes interviennent dans le 3ème cycle et cinq dans le 2ème cycle : ils sont soit attachés soit chargés d'enseignement, mais il s'agit là d'une dénomination virtuelle, car ils n'ont pas été nommés formellement ni par le doyen ni par le conseil.

## La formation théorique

Le volume de la formation est de 160 heures par étudiant, réparties en 8 modules de deux à quatre semaines chacun, à valider sur deux ans. Les enseignements sont organisés en fin d'après-midi. Leur découpage par tranches de 2 à 3 heures aboutit à un nombre extrêmement important de séances, compliquant l'assiduité des étudiants qui sont parfois mobilisés deux à trois fois par semaine (d'autant que la possibilité leur est laissée de valider la quasi totalité des modules dès leur première année de résidanat).

Les enseignants sont quasi-exclusivement des médecins généralistes, à quelques exceptions près représentées par l'intervention ponctuelle d'experts, parfois d'ailleurs non médecins. On peut donc dire que les hospitalo-universitaires ont été jusqu'ici excessivement absents (exclus ?) de cette formation : certains le regrettent, non sans amertume.

Le contenu des enseignements est classique : il s'agit de la présentation habituelle des aspects médicaux propres à la médecine générale et de ses aspects professionnels, avec un module d'éthique et de déontologie, et un module de préparation à la thèse. La pédagogie est dite interactive, mais les méthodes effectivement employées recouvrent des stratégies qui ne semblent pas toutes maîtrisées.

Les généralistes en sont apparemment satisfaits. En revanche, l'avis des étudiants rencontrés s'est révélé beaucoup plus contrasté, confirmant ainsi les résultats de l'enquête.

La validation est laissée à l'appréciation du responsable de chaque module. Elle s'appuie souvent sur l'assiduité, mais également sur des épreuves écrites et des travaux personnels.

Les généralistes enseignants sont formés à l'École de Riom ou à l'UNAFORMEC. Il n'y a pas de formation pédagogique interne, malgré la présence, au sein de la faculté, d'un département de pédagogie des sciences de la santé, qui n'est pas sollicité.

### **La formation pratique hospitalière**

Elle souffre des mêmes problèmes que dans toutes les facultés de médecine de l'Ile-de-France.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

La maquette adoptée privilégie très majoritairement le stage chez un seul maître de stage, et ce quasiment à temps plein puisqu'il n'y a pratiquement pas de stage en structures hors cabinet. Cette modalité permet une montée en puissance apparemment sans problème du cinquième semestre, mais on peut craindre un effet d'épuisement.

Un livret de stage a été élaboré sous l'égide du Collège local des généralistes enseignants. L'articulation entre la phase passive et la phase active fait l'objet de simples recommandations du département. L'avis concernant la validation du stage est formulé par le directeur du département sur la base d'un rapport de stage.

Tous les maîtres de stage bénéficient d'une formation annuelle de deux jours, organisée sous l'égide du Collège local des généralistes enseignants.

Des réunions mensuelles regroupent environ cinq maîtres de stage et leurs résidents, mais on ignore comment ces interventions sont recensées et prises en compte au niveau institutionnel. Il n'y a pas eu jusqu'à présent de modification des enseignements théoriques tenant compte de l'introduction de ce cinquième semestre. En revanche, plusieurs résidents ont entrepris un travail de thèse sous la direction de leur maître de stage.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

Pour la sensibilisation en 1er et 2ème cycles, il existe un programme structuré : six heures en P1, vingt heures en P2, huit heures en D1, vingt heures en D3, et vingt heures en D4. Chaque cours est assuré par un seul enseignant, avec un support photocopie. Il est difficile a posteriori de juger de l'intérêt de ces différentes formations, les étudiants ne semblant pas en avoir gardé un souvenir très précis alors même qu'il s'agit d'une implication historique (et là encore pratiquement bénévole) des généralistes enseignants de Bobigny.

Un interniste hospitalo-universitaire est responsable d'un module de préparation à la thèse mais il s'agit d'une formation technique, par ailleurs tout à fait utile (comment choisir un sujet, un jury, savoir faire une bibliographie, etc.), sans orientation particulière vers le choix d'une thèse dite de médecine générale. Le chiffre avancé par l'enseignant associé de médecine générale est d'une trentaine de thèses de ce type sur 567 soutenues de 1990 à 1997, avec toutefois un essor depuis deux ans.

Il n'y a pas d'activités de recherche mais une commission "recherche et thèses" vient d'être créée. Pour les relations avec la formation continue, des tentatives antérieures, un temps abandonnées, sont actuellement reprises.



**Points forts****Points faibles**

<ul style="list-style-type: none"> <li>. La détermination du nouveau doyen à redresser la situation, avec l'appui de quelques hospitalo-universitaires décidés à s'associer à la formation, et de quelques généralistes enseignants conscients des limites d'une approche exclusivement militante</li> <li>. Une bonne coopération entre le coordonnateur hospitalo-universitaire et le maître de conférences associé de médecine générale</li> <li>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Le caractère purement virtuel du département de médecine générale et l'opacité du fonctionnement budgétaire</li> <li>. Des moyens matériels insuffisants</li> <li>. Une qualité très inégale des modules pédagogiques</li> <li>. L'absence d'implication dans les procédures d'agrément, d'adéquation et de choix des stages hospitaliers</li> </ul>
--	---

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
E	C	E	C	D

# Université de Poitiers

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	95	67	55	66	60	58
en T2	61	76	66	67	87	82

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	46
Nombre d'inscrits en T2	87
Taux de réponse (en %)	52,9

### L'orientation vers la médecine générale

	Poitiers	France
Par choix après le second cycle	63,0	42,6
Après avoir préparé l'internat	21,7	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	15,2	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Poitiers	France
Jamais	52,2	70,8
En premier cycle	0	2,9
En second cycle	45,7	26,8
Non réponse	2,2	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

#### ... les enseignements théoriques

	Poitiers	France
Intéressants	32,6	31,3
Peu intéressants	52,2	44,9
De qualité variable	15,2	19,9
Non réponse	0	3,9

#### ... les stages hospitaliers

	Poitiers	France
Très formateurs	28,3	20,3
Assez formateurs	32,6	39,4
Peu formateurs	21,7	26,5
Pas du tout formateurs	13,1	8,1
Non réponse	4,3	5,8

#### ... le stage chez le praticien

	Poitiers	France
Formateur	67,4	68,6
Pas formateur	28,3	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	4,3	4,9

### Stages en service d'urgences

	Poitiers	France
Aucun	37,0	24,8
Un	30,4	37,4
Deux	19,6	13,5
Trois	0	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	13,0	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Poitiers	France
Non commencée	30,4	28,6
En cours	56,5	52,3
Terminée	13,1	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Poitiers	France
Installation en cabinet	50,0	49,7
Activité salariée	21,7	26,3
Indéterminé	21,7	18,9
Non réponse	6,6	5,1

## Structures et moyens

La Commission de troisième cycle de Médecine générale, mise en place en 1984, est présidée par le coordonnateur hospitalo-universitaire ; le maître de conférences associé de médecine générale est vice-président. La commission comporte en outre cinq hospitalo-universitaires, quatre praticiens hospitaliers, quatre médecins généralistes et un représentant des résidents (élu au Conseil de faculté). Elle se réunit deux fois par an.

Le coordonnateur est aussi membre du Conseil de faculté, de la Commission pédagogique du 2ème cycle et de la Commission de formation continue ; l'enseignant associé de médecine générale appartient également à ces deux dernières commissions.

La commission du 3ème cycle de médecine générale n'est pas fortement identifiée dans la vie de la faculté :

- . elle ne dispose d'aucun local ni matériel spécifique ;
- . elle dispose en revanche d'un personnel administratif, qui assure le secrétariat ;
- . sur le plan financier, elle bénéficie d'un reversement partiel des droits d'inscription des résidents (dont l'enveloppe n'est pas précisée) et de l'attribution d'environ 400 heures complémentaires. La dotation en heures complémentaires, stable depuis deux ans, a beaucoup diminué depuis 1992, du fait de la réduction du nombre des centres dans lesquels sont dispensés les enseignements théoriques ;
- . un maître de conférences associé a été nommé en 1993. L'équipe pédagogique, qui comportait 32 généralistes enseignants en 1992, en compte 58 depuis 1994 - on peut s'étonner qu'il y ait eu dans le même temps une augmentation du nombre des enseignants et une diminution du volume d'heures complémentaires.

## La formation théorique

Le volume de la formation est de 120 heures par étudiant, réparties sur deux ans, sous la forme, chaque année, de 20 tables rondes de 2 heures et de 2 séminaires de 10 heures. Les enseignements ont lieu soit le samedi, soit en soirée. Ils sont délocalisés dans les quatre départements de la région et se déroulent à la faculté pour la Vienne, au centre hospitalier de La Rochelle pour la Charente Maritime, dans un local privé pour les Deux-Sèvres. Ils représentent un volume global d'environ 450 heures.

Le contenu des enseignements est défini par la commission du 3ème cycle de médecine générale et le COGEMS (Collège des généralistes enseignants maîtres de stage), autour des tâches professionnelles du médecin généraliste. Les tables rondes sont organisées en trois cycles : prescription, prévention, rôle du médecin dans la cité.

Les enseignements sont assurés par les seuls généralistes, éventuellement assistés d'un expert.

La validation est fondée sur l'assiduité : chaque résident doit assister au minimum à 75 % des enseignements proposés (soit 90 heures). Un système de compensations donne un bonus de 20 heures à ceux qui ont réalisé le certificat de médecine générale en DCEM 4, un même bonus de 20 heures à ceux qui ont soutenu leur thèse, et un bonus d'une heure par séance de formation médicale continue (plafonné à 5 heures).

## La formation pratique hospitalière

Tout ce qui touche aux stages hospitaliers se traite au niveau de la faculté, plutôt qu'à celui de la commission du 3ème cycle de médecine générale. C'est le cas par exemple des relations avec la DRASS.

Pour l'agrément des services, certaines spécialités sont systématiquement écartées : la chirurgie, et la psychiatrie en l'absence d'assistant de médecine générale.

Une adéquation étroite est recherchée. Mais il semble qu'elle ne puisse être atteinte pour le semestre d'hiver.

Il n'existe pas de maquette pour les stages hospitaliers ; les étudiants sont libres de choisir plusieurs fois le même service ou la même spécialité, mais dans la pratique, ils ne le font pas, ce qui explique l'absence de règles formelles. Pour le choix, ils sont classés par ancienneté de fonctions et sur la base de leurs résultats dans le deuxième cycle.

Les résidents ont les mêmes responsabilités que les internes de spécialités, sauf pour les gardes au CHU.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

Un effort tangible de recrutement des maîtres de stage a permis la mise en place du cinquième semestre dans des conditions satisfaisantes, avec une affectation plus importante des résidents chez le praticien durant les semestres d'hiver. La maquette générale prévoit que le stage puisse être fait chez un, deux ou trois maîtres de stage différents avec, le cas échéant, un maître de stage coordonnateur chez qui le premier stage du semestre est effectué.

Un livret de stage a été élaboré sous l'égide du Collège local des généralistes enseignants. L'articulation entre la phase passive et la phase active est laissée totalement à l'appréciation du maître de stage et du résident. L'avis concernant la validation du stage est formulé par le maître de stage référent, sur la base de l'assiduité du résident stagiaire et à l'aide d'une feuille d'évaluation critériée.

Environ la moitié des maîtres de stage a suivi une formation spécifique organisée par le Collège local des généralistes enseignants.

L'offre de stages hors cabinet est encore très embryonnaire et ses perspectives de développement sont incertaines.

Un séminaire d'évaluation du premier semestre de stage, regroupant les maîtres de stage et leurs résidents stagiaires, a été effectué à mi-parcours en janvier 1998. On relève d'ores et déjà une modification du format des enseignements théoriques, qui sont désormais organisés sous forme de séminaires thématiques d'une journée ou d'une demi-journée.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

Jusqu'en 1997, la sensibilisation à la médecine générale se limitait à un certificat optionnel organisé en D4 et assuré presque exclusivement par des médecins généralistes. A partir de 1997-1998, il est prévu de l'étendre au P2 et d'organiser des séminaires obligatoires en D3 et D4.

Quinze thèses par an, en moyenne, ont été soutenues, depuis cinq ans, sur un thème lié à la médecine générale et avec un médecin généraliste comme membre du jury ou directeur de la thèse.

Les recherches pilotées par le maître de conférences associé ont donné lieu à plusieurs publications. Un séminaire, inclus dans la formation théorique des résidents et intitulé "du dossier médical à une discipline scientifique", porte sur la recherche en médecine générale.

**Points forts****Points faibles**

<ul style="list-style-type: none"> <li>. L'implication du Collège local des généralistes enseignants dans la conception et la mise en œuvre de la formation des résidents</li> <li>. Une formation théorique centrée sur les compétences professionnelles et organisée sur quatre sites délocalisés</li> <li>. L'effort d'articulation entre la formation théorique et le nouveau stage chez le praticien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. La faible identification de la Commission du troisième cycle de médecine générale au sein de la faculté et son rôle apparemment restreint</li> <li>. L'absence d'implication des hospitalo-universitaires et des praticiens hospitaliers, notamment dans la formation théorique</li> <li>. L'absence de maquette pour la formation hospitalière</li> </ul>
--	---

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
C	C	C	C	C

# Université de Reims

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	53	47	55	61	71	65
en T2	68	71	58	56	61	70

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	11
Nombre d'inscrits en T2	61
Taux de réponse (en %)	18,0

Compte tenu du faible nombre de réponses, les résultats sont à considérer avec prudence.

### L'orientation vers la médecine générale

	Reims	France
Par choix après le second cycle	72,7	42,6
Après avoir préparé l'internat	18,2	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	9,1	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Reims	France
Jamais	18,2	70,8
En premier cycle	0	2,9
En second cycle	63,6	26,8
Non réponse	18,2	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

#### ... les enseignements théoriques

	Reims	France
Intéressants	27,3	31,3
Peu intéressants	54,5	44,9
De qualité variable	18,2	19,9
Non réponse	0	3,9

#### ... les stages hospitaliers

	Reims	France
Très formateurs	9,1	20,3
Assez formateurs	9,1	39,4
Peu formateurs	0	26,5
Pas du tout formateurs	0	8,1
Non réponse	81,8	5,8

#### ... le stage chez le praticien

	Reims	France
Formateur	72,7	68,6
Pas formateur	9,1	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	18,2	4,9

### Stages en service d'urgences

	Reims	France
Aucun	9,1	24,8
Un	9,1	37,4
Deux	0	13,5
Trois	0	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	81,8	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Reims	France
Non commencée	54,5	28,6
En cours	36,4	52,3
Terminée	9,1	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Reims	France
Installation en cabinet	54,5	49,7
Activité salariée	27,3	26,3
Indéterminé	9,1	18,9
Non réponse	9,1	5,1

## Structures et moyens

**Le Département de Médecine générale**, créé en décembre 1995, a succédé à la Commission du 3ème cycle de Médecine générale, elle-même mise en place en 1989 mais qui avait simplement le statut de sous-commission au sein de la Commission générale du 3ème cycle organisée en Département de formation générale et spécialisée, conformément aux statuts de la faculté. Le département, qui se réunit deux fois par an, est administré par un conseil regroupant 6 hospitalo-universitaires, 10 médecins généralistes et 3 étudiants. Ce conseil élit un bureau de 10 membres. L'enseignant coordonnateur hospitalo-universitaire est directeur du département, le professeur associé de médecine générale est co-directeur. L'articulation du département de médecine générale avec l'appareil exécutif de la faculté est dévolue à l'enseignant coordonnateur hospitalo-universitaire qui, à cet effet, est membre de droit de la commission du 3ème cycle et invité systématiquement au conseil de faculté lorsque des questions concernant le résidanat y sont abordées.

Les moyens affectés au département de médecine générale semblent globalement modestes :

- . le département n'a pas de locaux propres ;
- . il bénéficie d'un poste et demi de secrétariat ;
- . il ne disposait pas, jusqu'en janvier 1998, d'autonomie comptable, son budget étant inclus dans celui de l'ensemble du 3ème cycle. La dotation pour les heures complémentaires est de 40 000 F, ce qui permet de rémunérer environ 140 heures - alors que 292 heures d'enseignement seraient dispensées (dont 45 heures sont effectuées par des universitaires statutaires) ; une partie importante des heures n'est donc pas rémunérée, ce que la faculté explique par le fait que "beaucoup des intervenants ne demandent pas à bénéficier d'une rémunération". Par comparaison, la dotation de fonctionnement attribuée en 1997-1998, qui est de 126 000 F, semble disproportionnée ; elle a toutefois permis l'acquisition de matériel pédagogique ;
- . l'enseignant associé de médecine générale, recruté en 1993, encadre une équipe pédagogique en apparence pléthorique (165 généralistes enseignants, 27 hospitalo-universitaires, 45 praticiens hospitaliers, 17 médecins spécialistes et 20 intervenants extérieurs). La contribution réelle des uns et des autres est un point qu'il conviendrait de clarifier.

## La formation théorique

Le volume de la formation théorique est de 80 heures, réparties à part égale en T1 et T2, et assurées de novembre à mai. Les enseignements sont organisés de façon décentralisée sur 4 sites ; 2 sites semblent autonomes (Reims et Troyes), les 2 autres sites (Charleville-Mézières et Châlons-en-Champagne) n'assurant chacun que la moitié du volume des enseignements, ce qui suggère qu'ils sont regroupés de façon complémentaire au sein d'un seul troisième pôle autonome.

Les enseignements sont organisés sous forme de séances de 2 heures, en début ou en fin d'après-midi, consacrées à des thèmes centrés sur des problématiques essentiellement disciplinaires et à quelques sujets ayant trait à l'exercice professionnel. Ces séances sont complétées par 2 ou 3 séminaires consacrés à des problématiques particulières (gestes d'urgence, accompagnement en toxicomanie, ...). La plupart des enseignements seraient assurés par des binômes généraliste - hospitalier. Peu de renseignements sont fournis sur le processus de planification des enseignements et sur les méthodes d'intervention pédagogique réellement utilisées.

La validation de la formation théorique est fondée sur l'assiduité (exigence de 90 %). Un rattrapage est possible grâce à la participation à une séance de formation médicale continue. En cas d'assiduité insuffisante, un examen théorique et pratique est passé devant un jury composé d'un hospitalo-universitaire ou d'un praticien hospitalier et d'un médecin généraliste.

Les généralistes enseignants sont recrutés après avis du département, sur la base d'une cooptation fondée sur le volontariat. Ils sont invités à suivre une formation pédagogique au sein du DIU de Pédagogie médicale auquel participe la faculté. Pour le moment, 10 à 15% d'entre eux seulement ont bénéficié d'une formation.

### **La formation pratique hospitalière**

La procédure d'agrément des services est instruite par le département de médecine générale qui dispose pour ce faire des évaluations de stage formulées par les résidents.

L'adéquation de l'offre de stage au nombre de résidents à répartir est faite de façon quasi exacte, grâce à des relations étroites entre le département, les directions des hôpitaux et la DRASS.

Le choix des postes est effectué par ordre d'ancienneté et en fonction d'un classement établi sur la base des notes obtenues au CSCT. Il est fait état de la définition d'un cursus hospitalier pour les résidents mais on ignore les éléments qui sont pris en considération dans cette maquette. L'exigence d'un seul stage en CHU est respectée ; il est possible d'effectuer la totalité du cursus hospitalier au sein du Centre hospitalier de Troyes.

Les fonctions hospitalières confiées aux résidents sont identiques à celles confiées aux internes de spécialité. Il ne semble pas y avoir de difficulté à concilier les charges hospitalières et les exigences de formation.

Même si la signification du chiffre est hypothéquée par le faible nombre de réponses au questionnaire, on relève que moins d'un étudiant sur cinq juge ces stages hospitaliers assez formateurs ou très formateurs. En interne, le département effectue régulièrement, depuis plusieurs années, une évaluation des stages hospitaliers : mais les résidents sont très peu nombreux à renvoyer les fiches, ce qui empêche toute analyse statistique.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

Un effort important a été réalisé pour recruter de nouveaux maîtres de stage. Mais ils ne bénéficieront d'une formation spécifique qu'à partir de la rentrée 1998. La maquette générale prévoit un stage effectué chez le plus souvent deux ou trois maîtres de stage, par périodes de 2 à 3 jours, ce qui constitue peut-être un morcellement excessif du stage, d'autant que les périodes de stage en structures hors cabinet sont elles-mêmes fractionnées par journées.

Il n'y avait pas jusqu'à présent de livret de stage : il a été prévu de mettre en service une première édition à partir du mois de juin 1998. L'articulation entre la phase passive et la phase active est laissée totalement à l'appréciation du maître de stage et du résident. L'avis concernant la validation du stage est formulé par une Commission de validation spécifique sur la base d'une appréciation formulée par le maître de stage et de la présentation d'un rapport de stage par l'étudiant.

L'offre de stages en structures de soins primaires est en cours de développement et devait concerner tous les résidents à hauteur d'une quinzaine de demi-journées de stage au sein de quatre à cinq sites différents.

Les étudiants ont été très étroitement associés à la mise en place du cinquième semestre dont ils avaient rédigé le projet de maquette. Une démarche évaluative systématique devrait être mise en place conjointement avec la diffusion du livret de stage. Jusqu'à présent, l'articulation avec la formation théorique n'a pas été envisagée.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

La sensibilisation à la médecine générale en 1er et 2ème cycles se réduit à une réunion d'information sur les carrières médicales organisée en D2 (au cours de laquelle l'information concernant la médecine générale est faite par le coordonnateur du département) et, depuis 1993-1994, à un certificat optionnel de sensibilisation à la médecine générale, organisé au cours du second semestre de D4 (suivi, selon les années, par 24 à 44 étudiants).

Le nombre de thèses consacrées à un sujet ayant trait en tout ou partie à une problématique de médecine générale serait de 50 par an (ce qui représenterait plus des trois quarts des promotions) : la faculté rappelle



que la définition des "thèses de médecine générale" est imprécise. En revanche, la participation des médecins généralistes aux jurys de thèse est très faible (de 0 à 7 selon les années).

Il n'y a pas actuellement de travaux de recherche en médecine générale. Une commission vient d'être désignée pour réfléchir sur les possibilités de développement dans ce domaine.

Les résidents sont incités à participer à des actions de formation continue, mais on ignore combien y participent réellement.

### Points forts

### Points faibles

<p>. Une bonne organisation des stages hospitaliers reposant sur une étroite coopération entre l'université, les hôpitaux et la DRASS</p>	<p>. Une formation théorique encore trop centrée sur des thématiques disciplinaires, sans réel plan de formation perceptible à l'égard de la construction d'une véritable compétence en médecine générale</p> <p>. Un contraste difficile à comprendre entre le nombre de thèses théoriquement consacrées à la médecine générale, la faible participation des généralistes enseignants aux jurys de thèses et l'absence de travaux de recherche en médecine générale</p> <p>. Une sensibilisation à la médecine générale en 2ème cycle très peu développée</p>
---	--

### Cotations

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
C	D	B	C	D

# Université Rennes I

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	152	135	87	77	89	86
en T2	106	104	108	102	82	96

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	17
Nombre d'inscrits en T2	82
Taux de réponse (en %)	20,7

Le questionnaire adressé aux étudiants était incomplet :  
il manquait trois pages sur six.

### L'orientation vers la médecine générale

	Rennes	France
Par choix après le second cycle	0	42,6
Après avoir préparé l'internat	0	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	0	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Rennes	France
Jamais	47,1	70,8
En premier cycle	23,5	2,9
En second cycle	29,4	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

#### ... les enseignements théoriques

	Rennes	France
Intéressants	0	31,3
Peu intéressants	0	44,9
De qualité variable	0	19,9
Non réponse	0	3,9

#### ... les stages hospitaliers

	Rennes	France
Très formateurs	29,4	20,3
Assez formateurs	29,4	39,4
Peu formateurs	29,4	26,5
Pas du tout formateurs	11,8	8,1
Non réponse	0	5,8

#### ... le stage chez le praticien

	Rennes	France
Formateur	0	68,6
Pas formateur	0	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	0	4,9

### Stages en service d'urgences

	Rennes	France
Aucun	0	24,8
Un	0	37,4
Deux	0	13,5
Trois	0	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	0	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Rennes	France
Non commencée	29,4	28,6
En cours	47,1	52,3
Terminée	23,5	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Rennes	France
Installation en cabinet	47,1	49,7
Activité salariée	17,6	26,3
Indéterminé	35,3	18,9
Non réponse	0	5,1

## Structures et moyens

**La Commission du 3ème cycle de Médecine générale**, mise en place en 1985, est composée à parité d'universitaires, d'hospitaliers et de généralistes ; elle comprend également le médecin inspecteur régional et deux étudiants. Elle se réunit deux à trois fois par an, sous la présidence d'un hospitalo-universitaire désigné par le Conseil de faculté. La création d'un département est demandée par l'enseignant associé au motif que la médecine générale serait ainsi mieux reconnue comme une discipline spécifique. Mais la faculté, sous l'égide du doyen, a choisi de mettre en place prioritairement un département de formation médicale continue et ne souhaite pas faire un sort particulier à la médecine générale, mais plutôt conserver une logique par cycles, dans une structure fortement centralisée.

La faculté de médecine de Rennes a marqué très tôt un intérêt pour la formation des généralistes : dès 1972, un stage auprès du praticien avait été mis en place pour des étudiants volontaires avec des généralistes bénévoles. On note toujours une forte motivation de nombreux généralistes dans la région. Les étudiants, qui jusque-là se désintéressaient de l'organisation du 3ème cycle, se sont mobilisés pour la mise en place du 5ème semestre. Ils ont créé une association qui regroupe une cinquantaine de membres, ce qui permet de faire mieux circuler les informations. Leurs représentants à la commission disent être écoutés, mais pas toujours entendus.

Les moyens alloués sont satisfaisants, mais ils sont gérés de façon très centralisée, ce qui ne permet ni au doyen ni à la commission d'évaluer le coût de fonctionnement du 3ème cycle de médecine générale :

- . la commission a 40 m2 de locaux propres (un bureau, une salle de réunion avec une bibliothèque), équipés d'un poste de travail informatique. Elle peut disposer d'une salle d'enseignement dirigé ;
- . au plan administratif, la scolarité est prise en charge par le service central de l'université. Un agent assure, au sein de la faculté, l'organisation de tous les stages, y compris pour le 3ème cycle de médecine générale : cette personne est l'interlocuteur privilégié des résidents. Un second agent gère les heures complémentaires des généralistes. Le secrétariat pédagogique est assuré par un pool de trois secrétaires, rattaché au doyen ;
- . la commission n'a pas de budget propre, du fait que le budget de la faculté comporte un seul centre de responsabilité (dans le cadre de NABUCO) pour l'enseignement. Le volume des heures complémentaires varie entre 400 et 500 heures ;
- . un maître de conférences associé a été recruté en 1992. L'équipe pédagogique comprend 16 médecins généralistes attachés d'enseignement.

## La formation théorique

Le volume de la formation théorique est de 72 heures par étudiant, réparties sur deux ans, sous forme de 6 tables rondes de 2 heures 30 par semestre et de 2 journées centralisées de 6 heures. Les tables rondes sont organisées l'après-midi à Rennes et en soirée dans trois pôles décentralisés (Lorient, St Briec et Vannes).

Les enseignements sont conçus, préparés et effectués exclusivement par des médecins généralistes. A l'origine, les généralistes ont voulu en faire leur spécificité, alors que la faculté souhaitait mettre en place des binômes généraliste - hospitalo-universitaire ou praticien hospitalier (avec toutefois un nombre très limité d'universitaires volontaires). Il n'est donc pas surprenant, mais regrettable, que les hospitalo-universitaires s'investissent peu dans le 3ème cycle de médecine générale, en dehors des réunions de la commission, et n'aient pas participé au séminaire qui s'est tenu récemment pour une refonte des enseignements.

Le contenu de la formation a été établi progressivement par un travail régulier des généralistes enseignants, regroupés au sein du collège qu'ils ont créé en 1977 (Association de praticiens pour l'enseignement de la médecine générale - APEMEG). Les tables rondes sont organisées par groupes de 10 à 25 étudiants, à partir de cas cliniques. Les journées centralisées se font en grand groupe, sur des thèmes généraux ou transversaux. C'est à la demande des généralistes que les enseignements décentralisés ont lieu en soirée.

Les étudiants rencontrés lors de l'expertise sont très critiques à l'égard de ces enseignements : ils leur reprochent d'être redondants avec ceux du 2ème cycle, de prendre trop souvent la forme d'un cours

### **3ème cycle de Médecine générale**

magistral (ils relèvent que les tables rondes sont plus interactives quand les enseignants sont en binôme), de ne comporter ni synthèse finale ni trace écrite.

La validation est fondée seulement sur l'assiduité (présence obligatoire à 5 tables rondes sur 6, ainsi qu'aux journées centralisées), mais la commission travaille à une grille d'autoévaluation, sur le modèle de la formation continue.

#### **La formation pratique hospitalière**

La Commission d'agrément, présidée par le doyen, obéit aux dispositions réglementaires. Certains services ont ainsi été définitivement écartés, notamment les services de chirurgie et de long séjour. Mais les responsables du 3ème cycle reconnaissent que les stages sont d'une qualité hétérogène et qu'ils en ont une connaissance très inégale. C'est pourquoi ils viennent de préparer une fiche d'évaluation des stages hospitaliers à remplir par les résidents.

L'adéquation est très peu précise (elle présente un différentiel de 30 à 40 postes) : c'est là une volonté de la DRASS, que le doyen n'a pas réussi à infléchir. L'offre de stages est insuffisante dans certaines disciplines, notamment en pédiatrie du fait qu'il ne reste plus que 4 à 5 services dans la subdivision, et en gynécologie, car les gros services ne veulent accueillir que des internes de spécialité.

Le responsable de la Commission du 3ème cycle de médecine générale est présent lors du choix de résidents, qui sont classés en fonction de leurs notes au CSCT et aux certificats obligatoires du DCEM.

Les situations respectives des résidents et des internes sont très variables selon les services.

#### **La formation pratique extra-hospitalière**

L'effort important qui a été fait pour recruter de nouveaux maîtres de stage autorise la perspective d'affecter deux fois plus de résidents en stage chez le praticien pendant le semestre d'hiver que pendant le semestre d'été, au profit d'une réduction des variations de l'effectif des résidents dans les services hospitaliers. La maquette prévoit des stages chez un ou trois maîtres de stage, avec un maître de stage coordonnateur. Environ la moitié des maîtres de stage actuellement recrutés ont suivi une formation spécifique, organisée conjointement par la commission du 3ème cycle et le Collège local des généralistes enseignants.

Il n'y a pas de livret de stage. Des difficultés ponctuelles ont été signalées concernant le passage de la phase passive à la phase active, qui fait l'objet de simples recommandations du département. L'avis concernant la validation du stage est formulé par le maître de stage coordonnateur, à partir d'une évaluation critériée du stage.

L'offre de stage en structures de soins primaires hors cabinet semble assez bien diversifiée. Tous les résidents effectuent au moins deux stages, qui durent chacun 10 demi-journées en moyenne.

La préparation, le suivi et le bilan du stage chez le praticien ont été assurés grâce à de multiples réunions de concertation entre tous les acteurs.

#### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

En matière de sensibilisation à la médecine générale, des initiatives originales ont été prises : en P2, sept médecins généralistes participent à l'animation de groupes de formation en psychologie médicale, assortis d'un stage de deux demi-journées chez un praticien bénévole ; en 2ème cycle, des groupes Balint, animés par un psychiatre et un généraliste, sont proposés à des étudiants volontaires ; en DCEM 3, un certificat de médecine générale, d'abord optionnel, désormais obligatoire, est assuré par l'enseignant associé de médecine générale et trois généralistes enseignants (durée : 20 heures). En revanche, l'arrêté du 4 mars 1997 n'est pas appliqué, dans l'attente de moyens spécifiques.

Il n'est pas conduit de recherches sur des thèmes liés à la médecine générale. Depuis 1990, sept thèses ont été dirigées par l'enseignant associé de médecine générale et sept ont été soutenues avec un médecin généraliste dans le jury.

Il n'y a pas d'interaction avec le département de formation médicale continue qui a été créé récemment.

### Points forts

### Points faibles

<ul style="list-style-type: none"> <li>. Un intérêt de longue date porté à la médecine générale, avec la mise en place de stages chez le praticien dès 1972</li> <li>. La volonté du doyen et des responsables universitaires de conforter la structure et d'intégrer le 3ème cycle de médecine générale dans la faculté</li> <li>. Une forte motivation des médecins généralistes, qui s'impliquent également en 1er et 2ème cycles</li> <li>. Des initiatives récentes qu'il importera de mener à bien (comme la refonte des enseignements théoriques ou l'évaluation des stages hospitaliers par les étudiants)</li> <li>. La mobilisation nouvelle des étudiants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Des tensions entre la faculté et la profession</li> <li>. L'absence totale d'implication des hospitalo-universitaires dans la formation théorique</li> <li>. Le décalage important entre le nombre de postes hospitaliers et le nombre de résidents</li> </ul>
---	---

### Cotations

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
C	D	D	C	C

# Université de Rouen

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	95	114	78	55	68	69
en T2	71	79	92	84	81	86

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	39
Nombre d'inscrits en T2	81
Taux de réponse (en %)	48,1

### L'orientation vers la médecine générale

	Rouen	France
Par choix après le second cycle	48,7	42,6
Après avoir préparé l'internat	35,9	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	15,4	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Rouen	France
Jamais	84,6	70,8
En premier cycle	0	2,9
En second cycle	12,8	26,8
Non réponse	2,6	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

#### ... les enseignements théoriques

	Rouen	France
Intéressants	25,6	31,3
Peu intéressants	43,6	44,9
De qualité variable	25,6	19,9
Non réponse	5,1	3,9

#### ... les stages hospitaliers

	Rouen	France
Très formateurs	28,2	20,3
Assez formateurs	38,5	39,4
Peu formateurs	25,6	26,5
Pas du tout formateurs	5,1	8,1
Non réponse	2,6	5,8

#### ... le stage chez le praticien

	Rouen	France
Formateur	74,4	68,6
Pas formateur	25,6	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	0	4,9

### Stages en service d'urgences

	Rouen	France
Aucun	38,5	24,8
Un	30,8	37,4
Deux	15,4	13,5
Trois	0	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	15,4	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Rouen	France
Non commencée	25,6	28,6
En cours	66,7	52,3
Terminée	7,7	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Rouen	France
Installation en cabinet	74,4	49,7
Activité salariée	20,5	26,3
Indéterminé	5,1	18,9
Non réponse	0	5,1

## Structures et moyens

**Le Département de Médecine générale**, créé en 1997, fait suite à une Commission de 3ème cycle, qui fonctionnait depuis 1980. Il est doté d'un conseil qui rassemble de façon paritaire des hospitalo-universitaires et des praticiens hospitaliers, des généralistes enseignants, des résidents, tous nommés par le doyen, de même que les membres du bureau. Le directeur du département est un maître de conférences associé de médecine générale, le directeur adjoint est un hospitalo-universitaire. Quatre commissions fonctionnent à l'intérieur du département.

Le département a des moyens propres limités :

- il ne bénéficie d'aucun local propre, mais se verra attribuer des locaux dans la nouvelle faculté de Médecine et de Pharmacie qui sera mise en place en octobre 1998 ;
- Il n'a pas non plus de personnel administratif spécifique et fait appel au service de scolarité de la faculté ;
- il dispose d'un budget de 40 KF pour les dépenses de fonctionnement, ainsi que d'une dotation de 900 heures complémentaires ;
- un maître de conférences associé de médecine générale a été nommé en 1996. L'équipe pédagogique est constituée de 12 chargés d'enseignement et d'une dizaine d'attachés d'enseignement.

## La formation théorique

Le volume global de la formation, par étudiant, est de 106 heures. Les enseignements sont dispensés dans la journée. Ils sont organisés sous la forme de 23 unités pédagogiques locales (UPL), séquences de deux heures qui sont placées sous la responsabilité de généralistes enseignants et qui se déroulent dans sept hôpitaux généraux, et sous la forme d'environ cinq séminaires annuels d'une demi-journée ou d'une journée qui rassemblent une promotion complète d'étudiants à la faculté.

Aucune information n'a été fournie sur le contenu ni sur les modalités pédagogiques : seuls les intitulés des UPL et des séminaires ont été communiqués.

La validation des séances est essentiellement fondée sur l'assiduité ; les étudiants qui n'ont pas participé à 75% des enseignements doivent passer un examen oral. Une réflexion est en cours, en partenariat avec une équipe québécoise de Sherbrooke, sur l'évaluation des étudiants. Il est projeté d'introduire, à la rentrée 1998, une certification finale, qui reposerait surtout sur un examen clinique objectif standardisé (ECOS).

Une évaluation de l'enseignement théorique par les étudiants est réalisée à l'issue de chaque séminaire.

Les généralistes enseignants sont choisis sur la base du volontariat. Les chargés d'enseignement ont tous bénéficié d'une formation pédagogique à l'École de Riom ou au Canada.

## La formation pratique hospitalière

A la demande de la commission d'agrément, un questionnaire a été diffusé en 1997 auprès des services hospitaliers accueillant des résidents. Il est prévu d'affiner cette première enquête et de la compléter par un questionnaire adapté aux résidents eux-mêmes.

L'agrément n'est accordé ni aux services de chirurgie (à une ou deux exceptions près), ni aux services de psychiatrie des centres hospitaliers spécialisés, ni aux services de radiologie. Dans les petites formations hospitalières, les postes de résidents ont été supprimés afin d'éviter que ceux-ci soient trop isolés.

Il n'y a pas véritablement d'adéquation au moment du choix (en mai 1997, 109 résidents à répartir, 145 postes offerts). Une douzaine de postes doivent obligatoirement être pris dans les services d'urgence : ce "fléchage" privilégie le fonctionnement des services au détriment de la formation. En mai 1998, on note un effort pour limiter le nombre de postes offerts et diminuer celui des postes fléchés.

### **3ème cycle de Médecine générale**

Le choix des stages s'effectue selon l'ancienneté et le classement. L'enseignant coordonnateur du résidanat est présent au moment du choix.

Il n'y a pas de maquette des stages hospitaliers, les étudiants pouvant revenir s'ils le souhaitent deux fois dans le même service.

Les résidents ont des responsabilités comparables à celles des internes de spécialités, y compris les astreintes et les gardes.

#### **La formation pratique extra-hospitalière**

Un effort significatif de recrutement de nouveaux maîtres de stage est en cours ; il a d'ores et déjà permis une montée en puissance du cinquième semestre au cours du semestre d'été 1998, au prix cependant de contraintes supplémentaires pour les maîtres de stage. La maquette initiale du semestre d'hiver (deux maîtres de stage pour un résident) a en effet évolué vers le format de trois maîtres de stages pour deux résidents ; à chaque fois, la fonction de coordination pédagogique du stage est assumée par l'un des maîtres de stage et les rotations se font par périodes variables (de quelques jours à un ou deux mois).

Il existe un livret de stage, préparé par les responsables du département et le service de scolarité. L'articulation entre la phase passive et la phase active est laissée à l'appréciation du maître de stage et du résident. L'avis concernant la validation est formulé par le département de médecine générale à partir d'une évaluation critériée du maître de stage coordonnateur et d'un rapport de stage.

Tous les maîtres de stage ayant accueilli un stagiaire ont bénéficié d'une formation spécifique de deux jours organisée sous l'égide du département.

Tous les résidents stagiaires ont pu bénéficier d'un stage en structure de soins primaires hors cabinet, à hauteur de trois fois 8 demi-journées ( sécurité sociale, PMI, médecine scolaire).

Le suivi de la mise en place du cinquième semestre a comporté notamment un regroupement à mi-stage de l'ensemble des maîtres de stage et des résidents stagiaires. Pour l'instant, aucune décision concernant la planification de la formation théorique n'a été prise mais on remarque que les résidents en stage s'impliquent davantage dans la formation.

#### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

Sur les thèses, aucune information n'a été fournie.

Il n'y a pas de recherche formalisée en médecine générale.

Une sensibilisation à la médecine générale a été mise en oeuvre, de 1994 à 1996, sous la forme de trois séminaires de 4 heures en fin de DCEM 4, assurés par des généralistes enseignants. Pour l'avenir, le département envisage de reprendre cette sensibilisation dans le cadre du séminaire prévu par la réforme du 2ème cycle et de l'étendre au PCEM 2.

Il n'est pas mentionné de relation spécifique avec la formation médicale continue, en dehors de l'implication individuelle de deux enseignants, universitaire et généraliste.



**Points forts****Points faibles**

<ul style="list-style-type: none"> <li>. La réflexion en cours sur la validation de la formation et sur une certification finale</li> <li>. L'effort qui est fait pour n'accorder l'agrément qu'à des services hospitaliers réellement formateurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Une participation très faible des hospitalo-universitaires à la formation</li> <li>. L'absence de moyens propres en locaux et en personnel administratif</li> <li>. L'absence d'adéquation des postes hospitaliers et le "fléchage" de certains postes</li> <li>. L'interruption de la sensibilisation à la médecine générale en 2ème cycle</li> </ul>
--	---

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
D	D	D	B	D

# Université de Saint-Etienne

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	72	63	61	52	46	42
en T2	51	63	57	68	68	61

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	13
Nombre d'inscrits en T2	68
Taux de réponse (en %)	?

Compte tenu du faible nombre de réponses, les résultats sont à considérer avec prudence.

### L'orientation vers la médecine générale

	St-Etienne	France
Par choix après le second cycle	61,5	42,6
Après avoir préparé l'internat	23,1	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	15,4	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	St-Etienne	France
Jamais	92,3	70,8
En premier cycle	0	2,9
En second cycle	7,7	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

#### ... les enseignements théoriques

	St-Etienne	France
Intéressants	30,8	31,3
Peu intéressants	30,8	44,9
De qualité variable	38,4	19,9
Non réponse	0	3,9

#### ... les stages hospitaliers

	St-Etienne	France
Très formateurs	38,4	20,3
Assez formateurs	38,4	39,4
Peu formateurs	15,4	26,5
Pas du tout formateurs	7,7	8,1
Non réponse	0	5,8

#### ... le stage chez le praticien

	St-Etienne	France
Formateur	84,6	68,6
Pas formateur	15,4	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	0	4,9

### Stages en service d'urgences

	St-Etienne	France
Aucun	15,4	24,8
Un	38,5	37,4
Deux	15,4	13,5
Trois	7,7	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	23	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	St-Etienne	France
Non commencée	38,5	28,6
En cours	38,5	52,3
Terminée	23,0	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	St-Etienne	France
Installation en cabinet	76,9	49,7
Activité salariée	7,7	26,3
Indéterminé	7,7	18,9
Non réponse	7,7	5,1

## Structures et moyens

**La Commission de coordination et d'évaluation du 3ème cycle de Médecine générale**, créée en 1984, a une composition conforme aux dispositions réglementaires, avec, à l'unité près, une parité entre hospitalo-universitaires, hospitaliers non universitaires et médecins généralistes. La participation des étudiants semble assez théorique. La commission est dirigée par l'enseignant coordonnateur hospitalo-universitaire, assisté par le professeur associé de médecine générale. Elle n'a pas de statut, ni de règlement intérieur ; elle repose donc sur l'engagement et la bonne volonté des individus. Au sein de la faculté, elle n'a guère de relations avec les autres structures, et on peut regretter une faible implication des hospitalo-universitaires en général. L'évolution vers un département, qui est envisagée par le nouveau doyen, permettrait de consolider cette structure assez informelle.

La commission bénéficie de moyens satisfaisants :

- . elle dispose d'un poste et demi de secrétariat ;
- . elle est dotée de locaux propres, comportant un secrétariat, une salle de réunion et un bureau. Elle utilise à 80% trois salles de 30 places chacune et elle a également accès à une salle informatique ;
- . elle dispose d'une dotation forfaitaire de 80 000 F et de 500 heures complémentaires. C'est un budget raisonnable, mais qui ne permet pas de rembourser systématiquement les déplacements des généralistes enseignants ;
- . le maître de conférences associé, recruté en 1994, a été promu professeur. Il est entouré d'un groupe de 17 généralistes enseignants, recrutés comme attachés ou chargés d'enseignement, pour certains formés à l'École de Riom.

## La formation théorique

Le volume de la formation théorique est de 72 heures par étudiant, réparties sur deux ans (12 modules de 3 heures), complétées par un séminaire annuel d'une journée (un samedi). Les enseignements sont centralisés à la faculté, et se déroulent de 18 à 21 heures. Les étudiants, qui ont souvent du mal à se libérer de leurs autres obligations et qui, pour certains, viennent de loin (jusqu'à 80 km), se plaignent de ces horaires.

Les généralistes enseignants sont les seuls intervenants. Il n'y a pas de participation des hospitalo-universitaires, ni des praticiens hospitaliers de la subdivision. Les enseignements sont répétés trois fois par un même binôme de généralistes, pour des groupes d'une quinzaine d'étudiants.

L'évaluation des enseignements ne semble pas être faite annuellement. L'impression est qu'il n'y a pas de réflexion structurée sur la façon de favoriser les apprentissages en profondeur chez les étudiants. Les sujets figurant au programme, très biocliniques, paraissent reproduire beaucoup de thématiques des enseignements disciplinaires de 2ème cycle. Il semble que les généralistes enseignants n'aient pas réussi à faire partager complètement aux universitaires le besoin d'illustrer davantage les compétences spécifiques nécessaires à l'exercice de la médecine générale. Aucun archivage documentaire n'est réalisé. Des ateliers pédagogiques ont été envisagés, mais n'ont pas été mis en oeuvre.

La validation repose à la fois sur l'assiduité (5 absences au maximum sont tolérées) et sur un oral passé devant un jury comportant un praticien hospitalo-universitaire, un praticien hospitalier et un généraliste enseignant.

## La formation pratique hospitalière

L'agrément des services hospitaliers semble instruit uniquement par l'enseignant coordonnateur universitaire. L'adéquation du nombre de postes au nombre de résidents n'est réalisée

qu'imparfaitement. Certains services du CHU semblent surdotés en postes de résidents, pour des raisons difficilement compréhensibles au strict plan pédagogique.

Le choix des postes dépend de l'ancienneté et des résultats académiques des étudiants.

Il n'y a pas de réflexion engagée sur l'organisation d'un cursus.

Les étudiants, tout en considérant que beaucoup des stages sont formateurs, se plaignent de la lourdeur des contraintes qui leur sont imposées sur le plan hospitalier.

Il est prévu de mettre en place un nouveau mode d'évaluation des stages, avec une fiche rédigée en commun par le chef de service et le résident.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

La mise en place du cinquième semestre s'est effectuée sur des bases réalistes, mais sa montée en puissance nécessiterait probablement un effort quant à la politique de recrutement de maîtres de stage complémentaires, surtout si on souhaite préserver la maquette actuelle avec plusieurs maîtres de stages, dont un référent, par résident.

Il n'y a pas de livret de stage et l'articulation entre la phase passive et la phase active est laissée à l'appréciation du maître de stage et du résident. L'avis concernant la validation du stage est formulé par le maître de stage référent.

Seule la moitié des maîtres de stage a bénéficié d'une formation spécifique qui a été organisée sous la forme d'un séminaire délocalisé de l'École de Riom.

L'offre de stages en structures de soins hors cabinet semble relativement diversifiée, mais on ignore la durée des stages dont ont effectivement bénéficié les résidents.

Le suivi et l'évaluation du stage se sont appuyés sur une réunion des maîtres de stage en début et à mi-parcours du premier semestre et sur une enquête conduite auprès des résidents.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

La sensibilisation à la médecine générale se limite à quatre heures d'enseignement en D1.

Quelques thèses ont porté sur des sujets en relation avec la médecine générale, sous la responsabilité de binômes constitués d'un hospitalo-universitaire et d'un généraliste enseignant.

Il n'y a pas de recherche en médecine générale.

Il faut souligner que le rapport d'évaluation interne adressé au CNE avait été rédigé de façon très succincte et expéditive. Un nouveau document plus approprié a été remis lors de l'expertise.

**Points forts**

**Points faibles**

<ul style="list-style-type: none"> <li>. Les bonnes volontés individuelles qui ont assuré la formation depuis quinze ans</li> <li>. La volonté de la faculté de structurer une authentique réflexion pédagogique tant en 2ème cycle qu'en 3ème cycle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Le caractère trop informel de la commission</li> <li>. Une formation théorique insuffisamment centrée sur le concept de compétences en médecine générale et trop subordonnée aux contraintes hospitalières</li> <li>. Une participation insuffisante des hospitalo-universitaires</li> <li>. Un encadrement pédagogique du stage chez le praticien à consolider</li> <li>. L'absence de sensibilisation à la médecine générale en 1er et 2ème cycles</li> </ul>
---	--

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
C	D	D	D	E

# Université Strasbourg I

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	144	137	93	115	114	100
en T2	148	138	118	120	136	137

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	52
Nombre d'inscrits en T2	136
Taux de réponse (en %)	38,2

### L'orientation vers la médecine générale

	Strasbourg	France
Par choix après le second cycle	36,5	42,6
Après avoir préparé l'internat	36,5	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	25,0	20,7
Non réponse	1,9	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Strasbourg	France
Jamais	88,5	70,8
En premier cycle	0	2,9
En second cycle	11,5	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

*... les enseignements théoriques*

	Strasbourg	France
Intéressants	61,5	31,3
Peu intéressants	13,5	44,9
De qualité variable	21,2	19,9
Non réponse	3,8	3,9

*... les stages hospitaliers*

	Strasbourg	France
Très formateurs	19,2	20,3
Assez formateurs	40,5	39,4
Peu formateurs	28,8	26,5
Pas du tout formateurs	1,9	8,1
Non réponse	9,6	5,8

*... le stage chez le praticien*

	Strasbourg	France
Formateur	73,1	68,6
Pas formateur	19,2	24,9
Variable	1,9	1,6
Non réponse	5,8	4,9

### Stages en service d'urgences

	Strasbourg	France
Aucun	17,3	24,8
Un	40,4	37,4
Deux	7,7	13,5
Trois	5,8	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	28,8	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Strasbourg	France
Non commencée	23,1	28,6
En cours	65,4	52,3
Terminée	11,5	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Strasbourg	France
Installation en cabinet	44,2	49,7
Activité salariée	30,8	26,3
Indéterminé	15,4	18,9
Non réponse	9,6	5,1

## Structures et moyens

**Le Département de Médecine générale**, créé en octobre 1997, fait suite à la Commission du 3ème cycle de Médecine générale, créée en 1985 et étendue, à partir de 1989, à la formation permanente. Le changement de statut, qui s'est fait sans heurt, répond à une demande pressante des médecins généralistes. Les missions du département ont été élargies aux 1er et 2ème cycles, ainsi qu'aux activités de recherche ; il est complété par un département de formation permanente. Le département a conservé une composition paritaire. Alors que la commission était présidée par le doyen ès qualité, le département a un président (actuellement un médecin généraliste) et un vice-président élus ; quand l'un est hospitalo-universitaire, l'autre est praticien hospitalier ou généraliste enseignant, et réciproquement.

Le département dispose de moyens satisfaisants :

- . des locaux (60 m<sup>2</sup>) accessibles à toute heure, y compris le week-end, qui regroupent une salle de cours équipée en matériel audiovisuel, un bureau et une petite salle de documentation ; la section médecine de la bibliothèque universitaire est toute proche ;

- . une infrastructure administrative, le Bureau du résidanat et des thèses, qui se compose de deux adjoints et d'un appariteur ;

- . au plan financier, il est envisagé d'allouer au nouveau département un budget propre. Jusqu'à présent, les dépenses de fonctionnement sont prises en charge par la faculté. En outre, depuis cinq ans, la commission disposait d'une ligne budgétaire, abondée par une dotation annuelle forfaitaire de 15 000 F, pour l'organisation des séminaires de formation des enseignants généralistes et des maîtres de stage ; cette dotation a été portée à 40 000 F pour l'exercice 1998. La dotation de 1 000 heures complémentaires a été maintenue (avec un supplément d'environ 100 heures pour les enseignements réalisés en P1) : elle représente près de la moitié des heures complémentaires allouées par l'université à la faculté de médecine ;

- . un professeur associé de médecine générale a été recruté en 1992 : il arrive en fin de mandat et la faculté prépare efficacement sa relève. L'équipe pédagogique comprend une trentaine d'enseignants généralistes (22 chargés d'enseignement et 9 attachés d'enseignement), une dizaine d'hospitalo-universitaires et une vingtaine de praticiens hospitaliers (qui interviennent surtout dans les sites périphériques).

## La formation théorique

Le volume de la formation théorique est de 84 heures par étudiant, réparties sur deux ans, sous la forme de 12 journées bloquées, de mai à octobre. La formation est dispensée dans cinq sites, dont deux à Strasbourg : cette décentralisation favorise l'implication d'un grand nombre d'enseignants et évite de trop nombreux déplacements aux résidents.

Le contenu se veut homogène sur les cinq sites, grâce à un système de fiches de liaison assez fonctionnel : néanmoins les étudiants jugent la qualité de l'enseignement très variable d'un site à l'autre et d'une séance à l'autre. Huit journées portent sur des situations médicales courantes et quatre sur l'exercice professionnel (avec éventuellement l'intervention de non médecins, juristes, informaticiens par exemple).

Les enseignements se font petits groupes, limités à 25 étudiants grâce à une pré-inscription obligatoire sur Minitel. La méthode employée consiste en un exposé introductif, un travail à partir d'observations et une synthèse. Les séances sont théoriquement assurées par un groupe d'enseignants comprenant un hospitalo-universitaire et/ou un praticien hospitalier (qui, d'après les étudiants, se contentent souvent d'introduire la séance) et au moins deux généralistes enseignants.

La validation, fondée sur l'assiduité, est très stricte, avec présence obligatoire aux douze journées. L'évaluation des enseignements par les étudiants, au travers d'une fiche qu'ils ont à remplir à l'issue de chaque séance, leur apparaît comme un exercice compliqué et inutile.

Le recrutement des généralistes enseignants se fait sur des critères plus complets, plus exigeants et plus sérieusement appliqués que dans beaucoup d'autres établissements. Ils doivent participer aux séminaires organisés par la faculté et, pour être renouvelés dans leurs fonctions, suivre une formation pédagogique : ils peuvent notamment choisir le DIU de pédagogie médicale, commun à l'interrégion Nord-Est, qui

s'adresse aux futurs enseignants hospitalo-universitaires et non universitaires, ou le DIU de formation approfondie en médecine générale, créé en 1995 en association avec Nancy.

### La formation pratique hospitalière

En amont de la procédure d'agrément, la commission de 3ème cycle de médecine général a conduit, en 1995 et 1996, une enquête auprès des résidents sur le caractère formateur des services : mais le dossier d'évaluation interne souligne le fait que ce type d'enquête révèle une grande fluctuation des avis, selon les stages et les personnels, sur un même service dont l'implication est parfois très hétérogène. La commission a également rédigé une charte que les services doivent s'engager à respecter. Très peu d'agrément ont été retirés, le tri se faisant plutôt lors de l'adéquation, grâce à une bonne concertation avec la DRASS, puisque tous les services agréés n'ont pas systématiquement de postes ouverts. Dans le même temps, la DRASS s'est opposée à la transformation de postes de résidents en vacances ou en postes de praticiens hospitaliers, dans des services formateurs qui faisaient cette demande.

Il n'est pas fait d'adéquation exacte : généralement, deux à trois postes sont ouverts en plus du nombre de résidents, afin de laisser un choix aux résidents de fin de liste.

Pour le choix des lieux de stage, les résidents sont d'abord classés en fonction de la session (juin ou septembre) à l'issue de laquelle ils ont validé la totalité de leur 2ème cycle, ainsi que des résultats au CSCT et aux 2 autres modules obligatoires de D4 ; pour les semestres suivants, il y a une rotation du quart de la promotion, afin que tous les résidents disposent de choix en bon rang.

Il n'y a pas de maquette codifiée, mais le doublement d'un stage en chirurgie n'est pas autorisé, ni le triplement d'un stage dans une même discipline.

Dans certains services de CHU, il existe une hiérarchie entre internes et résidents, en particulier lors des gardes et dans l'attribution du nombre de lits. Dans l'ensemble, les résidents se sentent mieux accueillis et mieux formés dans les centres hospitaliers généraux.

### La formation pratique extra-hospitalière

L'existence d'un effectif important de maîtres de stage motivés et formés dès la mise en place du cinquième semestre a permis de débiter ce dernier dans de bonnes conditions. La maquette générale du stage prévoit l'affectation du résident stagiaire chez deux ou trois maîtres de stage, dont un coordonnateur, par périodes d'un mois.

Un livret de stage a été élaboré par le département ; il comporte un volet centré sur le déroulement du stage et sa validation, et un volet destiné à l'évaluation du stage par le résident. L'articulation entre la phase passive et la phase active fait l'objet de recommandations de la part du département et la décision est laissée à l'appréciation du maître de stage et du résident. L'avis concernant la validation du stage est formulé par le département sur la base d'un rapport de stage rédigé par chaque maître de stage, d'une appréciation formulée par le maître de stage coordonnateur et d'un mémoire de stage évalué, sans soutenance, par un jury de trois membres.

La mise en place du cinquième semestre a conduit à proposer un cycle spécifique de formation à la maîtrise de stage organisé sur quatre soirées durant le printemps et l'été 1998 et auquel dix médecins se sont inscrits.

L'offre de stages en structures de soins hors cabinet, qui peuvent être fractionnés par semaines ou regroupés sur deux mois à temps plein, n'a concerné que six résidents au semestre d'hiver et neuf durant l'actuel semestre d'été.

La préparation, le suivi et le bilan du stage chez le praticien ont fait l'objet de procédures d'évaluation systématiques, associant l'ensemble des acteurs. Il est envisagé de reconsidérer la formation par les enseignements théoriques en transférant certains objectifs pédagogiques à la formation par les stages.



## Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte

La sensibilisation à la médecine générale se limite au P1, dans le cadre du module de sciences humaines et sociales (14 heures sur les 90 heures du module).

Un très gros effort est accompli pour que des thèses portent sur des thèmes de médecine générale (c'est le cas pour environ 60% des thèses depuis cinq ans) et soient dirigées par un généraliste enseignant. Néanmoins ces thèses sont reconnues comme étant de niveau très inégal. La recherche en médecine générale reste à définir, à organiser et à dynamiser.

Les résidents participent peu aux actions de formation médicale continue, malgré la sensibilisation qui est faite. La faculté est pourtant active dans ce domaine, en particulier au travers des Journées médicales de Strasbourg.

### Points forts

- . Une organisation structurelle et fonctionnelle très solide, liée à l'implication personnelle des deux derniers doyens, du professeur associé de médecine générale et du secrétaire général de la faculté. La qualité du rapport d'évaluation interne en est une preuve
- . Les modalités de recrutement et de formation des généralistes enseignants et des maîtres de stage

### Points faibles

- . Le manque d'implication et le désintérêt des hospitalo-universitaires, à l'exception de quelques personnalités
- . Certains stages en CHU, où les conditions de formation des résidents ne sont pas bonnes, du fait de la hiérarchie établie entre internes et résidents
- . Une sensibilisation à la médecine générale encore peu développée

### Cotations

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
A	B	C	B	C

# Université Toulouse III

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	170	172	157	70	105	106
en T2	131	120	80	95	96	103

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	13
Nombre d'inscrits en T2	96
Taux de réponse (en %)	13,5

Compte tenu du faible nombre de réponses, les résultats sont à considérer avec prudence.

### L'orientation vers la médecine générale

	Toulouse	France
Par choix après le second cycle	15,4	42,6
Après avoir préparé l'internat	23,1	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	61,5	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Toulouse	France
Jamais	100	70,8
En premier cycle	0	2,9
En second cycle	0	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

#### ... les enseignements théoriques

	Toulouse	France
Intéressants	46,2	31,3
Peu intéressants	46,2	44,9
De qualité variable	0	19,9
Non réponse	7,7	3,9

#### ... les stages hospitaliers

	Toulouse	France
Très formateurs	0	20,3
Assez formateurs	0	39,4
Peu formateurs	7,7	26,5
Pas du tout formateurs	7,7	8,1
Non réponse	84,6	5,8

#### ... le stage chez le praticien

	Toulouse	France
Formateur	53,8	68,6
Pas formateur	7,7	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	38,5	4,9

### Stages en service d'urgences

	Toulouse	France
Aucun	0	24,8
Un	7,7	37,4
Deux	15,4	13,5
Trois	0	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	76,9	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Toulouse	France
Non commencée	53,8	28,6
En cours	46,2	52,3
Terminée	0	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Toulouse	France
Installation en cabinet	38,5	49,7
Activité salariée	38,5	26,3
Indéterminé	15,4	18,9
Non réponse	7,7	5,1

## Structures et moyens

**La Commission de coordination et d'évaluation du 3ème cycle de Médecine générale**, créée en 1992, est commune aux facultés de Purpan et Rangueil. Elle est composée de 8 hospitalo-universitaires, 8 praticiens hospitaliers, 8 généralistes enseignants (dont les 2 maîtres de conférences associés) et 4 étudiants, qui représentent, à parts égales, les deux facultés. Elle est dirigée par le coordonnateur hospitalo-universitaire. Sa transformation en département est en cours (les statuts, approuvés par les conseils des facultés, sont soumis à l'université), sans qu'il soit prévu de modification importante dans l'immédiat : mais le département aurait vocation à intervenir dans les trois cycles et devrait être plus clairement identifié que ne l'est la commission.

La commission n'a pas de moyens propres :

- . elle n'a pas de locaux spécifiques, à l'exception d'un bureau commun aux deux enseignants associés. Elle partage, à Rangueil, les locaux de la formation continue ;

- . elle n'a pas de personnel administratif. La gestion de la scolarité est assurée par un service de l'UFR de Rangueil qui a en charge l'ensemble du 3ème cycle ;

- . elle n'a pas de budget propre. Le volume des heures complémentaires (prises sur le budget de Rangueil, Purpan ayant la charge du 3ème cycle spécialisé) est en baisse : il est passé de 475 à 356 heures. Il ne couvre que le tiers environ des heures effectuées par les médecins généralistes qui, pour près de la moitié d'entre eux, interviennent bénévolement ;

- . deux maîtres de conférences associés ont été nommés en 1996 et 1997, respectivement à l'UFR de Rangueil et à celle de Purpan. Jusqu'en 1997, les généralistes enseignants, qui sont de l'ordre d'une cinquantaine, n'étaient pas formellement désignés comme attachés ou chargés d'enseignement ; la faculté indique que, depuis l'année dernière, "un certain nombre de généralistes enseignants" sont identifiés comme chargés d'enseignement.

## La formation théorique

Le volume global de la formation est en principe de 162 heures par étudiant, organisées sous la forme de 20 séances de 3 heures et de 3 séminaires de 7 heures, par an ; mais le programme de 1996-1997 comporte seulement 14 séances. Les enseignements sont décentralisés sur huit sites, à des horaires qui varient selon les centres, dans l'après-midi, en fin d'après-midi ou en soirée. Les séminaires ont lieu à la faculté, le samedi.

Le programme est commun à tous les sites. Les enseignements sont organisés par le coordonnateur et les deux enseignants associés, avec le relais, au niveau de chaque centre, d'un médecin généraliste et d'un praticien hospitalier, membre de la commission et responsable du centre.

Les enseignements sont réalisés pour l'essentiel par des généralistes, qui interviennent d'ordinaire en binômes. Quelques hospitalo-universitaires et praticiens hospitaliers interviennent aussi dans les séminaires et, exceptionnellement, dans les cours. Les méthodes pédagogiques sont laissées au libre choix des enseignants. Il s'ensuit une grande hétérogénéité des cours, renforcée par le fait que le programme se limite à l'intitulé des cours, sans objectifs explicités, ni trame directrice. En outre, les redondances avec le 2ème cycle sont importantes. Les étudiants se montrent très critiques à l'égard de la formation, tout en reconnaissant que leurs avis, recueillis par le biais d'évaluations assez régulières, sont pris en compte. Pour améliorer la qualité de la formation, des séminaires centralisés ont été récemment mis en place, avec l'intervention systématique d'hospitalo-universitaires.

La validation repose uniquement sur l'assiduité, avec une présence obligatoire à 70% des enseignements.

Les généralistes enseignants sont recrutés par cooptation. Il n'est pas exigé ni proposé de formation spécifique, en dehors des réunions pédagogiques. L'organisation d'un séminaire annuel est en projet.

### **La formation pratique hospitalière**

Pour l'agrément des services, des règles informelles ont été adoptées, qui visent surtout à écarter les services de chirurgie et les services dirigés par un praticien hospitalier à temps partiel. Pour le reste, l'agrément n'est remis en question que lors du départ du chef de service : les doyens s'accordent à reconnaître la nécessité de réexaminer la situation.

L'adéquation, qui se fait en bonne concertation avec la DRASS, permet de corriger en partie le laxisme de la procédure d'agrément. Elle est réalisée à 5% près. Les représentants des résidents participent à la commission préparatoire.

Le coordonnateur assiste au choix des résidents, qui se fait en fonction de l'ancienneté et du classement en 2ème cycle.

Il n'y a pas de maquette du cursus. Mais les étudiants ne peuvent faire plus de deux stages en urgences.

La discrimination entre les résidents et les internes est particulièrement marquée à Toulouse : les résidents sont exclus du tour de garde (sauf en gériatrie), ils ne sont pas accueillis à l'internat (pour la restauration et l'hébergement) et n'ont pas accès à la bibliothèque de l'internat.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

La montée en puissance du cinquième semestre semble se faire sans complications notables. Il est prévu de répartir également les effectifs entre le semestre d'été et le semestre d'hiver, avec toutefois une difficulté, du fait que la DRASS n'a pas accepté que le choix du stage chez le praticien se fasse en même temps que celui du stage hospitalier. Pour le premier semestre d'application, la maquette était d'un seul maître de stage par résident ; désormais, il peut y avoir deux maîtres de stage par résident, ce qui suppose le recrutement de nouveaux maîtres de stage (de 85 durant l'été 1998, il est prévu de passer à 110 un an plus tard).

Il n'y a pas de livret de stage. L'articulation entre la phase passive et la phase active fait l'objet de simples recommandations de la commission. La validation repose sur la présence et sur un rapport de stage.

L'offre de stages en structures hors cabinet est variée (PMI, sécurité sociale, santé scolaire, médecine pénitentiaire, médecine humanitaire). Les résidents ont tous effectué un stage dans une (et pour certains trois) structure(s), à raison de deux demi-journées par semaine.

60% des maîtres de stage ont suivi une formation spécifique de deux matinées.

Si la mise en place du stage a nécessité un gros travail de préparation, le démarrage apparaît positif. Le suivi et l'évaluation associent les maîtres de stage et les résidents, qui se sont organisés récemment en association. On peut déjà noter un retentissement du stage sur la participation à l'enseignement théorique.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

La sensibilisation à la médecine générale, introduite à partir de 1993, consiste en une matinée chez le médecin généraliste, organisée en D1 dans le cadre de matinées cliniques, et en un certificat optionnel en D4, qui entre dans la validation du 2ème cycle et qui attire également de futurs spécialistes.

Au cours des deux dernières années, 25 thèses ont été soutenues sur un sujet lié à la médecine générale.

La recherche est embryonnaire.

Avec le département de formation médicale continue, créé en 1995, les relations sont appelées à se développer.

**Points forts****Points faibles**

<ul style="list-style-type: none"> <li>. Une réelle volonté politique de soutenir et d'améliorer la formation à la médecine générale, qui se manifeste notamment au travers de la création du futur département et de la mise en place du stage chez le praticien</li> <li>. Un effort pour développer la sensibilisation à la médecine générale en 1er et 2ème cycles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. L'insuffisance des moyens matériels et financiers et l'absence de moyens propres</li> <li>. La qualité très hétérogène de la formation théorique</li> <li>. Une faible implication des hospitalo-universitaires dans les enseignements théoriques</li> <li>. La hiérarchie établie entre internes et résidents dans les services du CHU</li> </ul>
---	---

**Cotations**

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
D	D	D	C	C

# Université de Tours

## Les effectifs du résidanat

Les résidents inscrits	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
en T1	122	101	58	55	74	48
en T2	93	74	76	57	71	66

## Résultats de l'enquête auprès des étudiants

Nombre de réponses	19
Nombre d'inscrits en T2	71
Taux de réponse (en %)	26,8

### L'orientation vers la médecine générale

	Tours	France
Par choix après le second cycle	73,7	42,6
Après avoir préparé l'internat	21,1	33,5
Par défaut après un échec à l'internat	5,3	20,7
Non réponse	0	3,2

### Sensibilisation à la médecine générale \*

	Tours	France
Jamais	42,1	70,8
En premier cycle	10,5	2,9
En second cycle	57,9	26,8
Non réponse	0	1,0

\* Plusieurs réponses possibles

### Point de vue sur ...

#### ... les enseignements théoriques

	Tours	France
Intéressants	26,3	31,3
Peu intéressants	42,1	44,9
De qualité variable	31,6	19,9
Non réponse	0	3,9

#### ... les stages hospitaliers

	Tours	France
Très formateurs	31,6	20,3
Assez formateurs	42,1	39,4
Peu formateurs	10,5	26,5
Pas du tout formateurs	15,8	8,1
Non réponse	0	5,8

#### ... le stage chez le praticien

	Tours	France
Formateur	84,2	68,6
Pas formateur	15,8	24,9
Variable	0	1,6
Non réponse	0	4,9

### Stages en service d'urgences

	Tours	France
Aucun	57,9	24,8
Un	10,5	37,4
Deux	0	13,5
Trois	0	4,6
Quatre	0	0,3
Non réponse	31,6	19,5

### Situation par rapport à la thèse

	Tours	France
Non commencée	31,6	28,6
En cours	57,9	52,3
Terminée	10,5	18,8
Non réponse	0	0,3

### Projet professionnel

	Tours	France
Installation en cabinet	73,7	49,7
Activité salariée	10,5	26,3
Indéterminé	15,8	18,9
Non réponse	0	5,1

## Structures et moyens

**Le Département de Médecine générale**, créé en 1990 et dont les statuts ont été réactualisés en 1994, fait suite à une Commission du 3ème cycle de médecine générale qui avait été mise en place dès 1981. Il est géré par un bureau, composé d'un hospitalo-universitaire, et de l'enseignant associé de médecine générale (qui co-dirigent le département), ainsi que d'un praticien hospitalier et de deux médecins généralistes. Il comporte en outre six commissions départementales, correspondant aux six départements de la région Centre. Les résidents sont représentés au Conseil d'administration. La cohésion entre les différentes structures est très bonne.

Le département dispose de moyens très satisfaisants, qui traduisent un appui manifeste de la faculté :

- . il a ses propres locaux, modernes et fonctionnels, intégrant le secrétariat, un espace de réunion et une banque documentaire avec un accès internet ;
- . il dispose d'une secrétaire à temps plein ;
- . il reçoit une dotation budgétaire de 95 000 F, complétée par environ 2 000 heures complémentaires ;
- . un maître de conférences associé, recruté en 1991, a été promu professeur et renouvelé dans ses fonctions. Il est secondé par deux généralistes chargés d'enseignement qui ont le statut "d'assistants pédagogiques" ; tous deux ont un diplôme de pédagogie médicale et participent au département de formation médicale continue et au bureau pédagogique de la faculté.
- . quelque 90 médecins généralistes participent aux enseignements théoriques ; ils sont pour moitié environ chargés d'enseignement, pour moitié attachés d'enseignement.

## La formation théorique

Le volume de la formation théorique est d'une centaine d'heures par étudiant, sous la forme de seize tables rondes (de quatre à six heures chacune), complétées par deux séminaires régionaux thématiques d'une demi-journée. Les tables rondes sont organisées l'après-midi et décentralisées dans chacun des départements de la subdivision, en des lieux divers, dont des locaux privés de l'industrie pharmaceutique, alors même que les sujets traités ne concernent pas l'interface médecins généralistes - industrie pharmaceutique.

Les enseignements sont assurés par des généralistes, formés dans un DU de pédagogie ou à l'École de Riom, ainsi que par une douzaine d'hospitalo-universitaires et autant de médecins hospitaliers. Les séances fonctionnent en travaux dirigés, à partir de mises en situation autour de vignettes cliniques se référant à des situations professionnelles authentiques.

Les étudiants sont impliqués dans la préparation du programme et des séances. Une fiche pédagogique est établie pour chaque séance et des documents sont distribués. Un questionnaire d'opinion est rempli par les résidents après chaque séance. Leur opinion est nuancée, non sur le choix du programme, mais sur la réalisation des séances.

La validation repose sur l'assiduité, avec une présence obligatoire à 80% des enseignements.

## La formation pratique hospitalière

Les procédures d'agrément, de répartition des postes et de choix par les étudiants sont effectuées dans un contexte de collaboration très étroite et ancienne entre l'enseignant coordonnateur, la direction des affaires médicales du CHU et les services de la DRASS : collaboration d'autant plus réussie que la subdivision est géographiquement étendue, et comprend de nombreux établissements hospitaliers, dont deux CHR (Tours et Orléans).

Des agréments ont été revus au fil du temps, mais les étudiants se plaignent de ce que certains services hospitaliers spécialisés sont encore proposés au choix, malgré leur avis négatif.

Une adéquation exacte est réalisée entre le nombre de postes mis au choix et le nombre de résidents.

Le département de médecine générale est engagé depuis plusieurs années dans une réflexion qui pourrait conduire à la définition d'un cursus pour les résidents. D'ores et déjà, un étudiant peut accéder à un stage en pédiatrie et/ou en gynécologie à l'intérieur de son département géographique. Les résidents ne peuvent pas retourner une deuxième fois dans le même service.

En principe, il n'y a pas de hiérarchie entre internes et résidents.

### **La formation pratique extra-hospitalière**

L'option qui a été prise consiste à favoriser l'organisation du stage chez le praticien durant le semestre d'hiver, afin de minimiser les conséquences hospitalières. Ceci est possible grâce à un groupe déjà important de maîtres de stage formés et à l'existence d'un réservoir potentiel notable, estimé à au moins 200 maîtres de stage par les responsables de la faculté. La maquette retenue est celle d'un stage réparti à parts égales entre trois maîtres de stage, coordonné par l'un d'entre eux et situé dans le même département géographique que les stages hospitaliers.

Il existe un livret de stage élaboré sous l'égide du département de médecine générale. L'articulation entre la phase passive et la phase active fait l'objet de recommandations du département et est laissée à l'appréciation du maître de stage et du résident. Des difficultés ponctuelles ont été relevées par les résidents : certains signalent une prolongation exagérée de la phase passive, d'autres au contraire des propositions de pseudo-assistanat extrêmement précoces. L'avis concernant la validation du stage est formulé par le bureau du département, sur avis des maîtres de stage ; il est actuellement envisagé d'élargir la validation à l'analyse d'une mise en situation authentique.

Plus de 80 % des maîtres de stage ont bénéficié d'une formation d'une journée organisée de façon décentralisée sous l'égide du département.

L'offre de stages en structures hors cabinet est gérée ponctuellement, à l'initiative des trinômes de maîtres de stage. Dans un premier temps, le département cherche plutôt à recenser les initiatives, avant d'évaluer et codifier ces stages.

Peu de résidents avaient accepté de participer au travail de mise en place du stage chez le praticien. En revanche, le suivi de ce stage est effectué dans une démarche évaluative systématique. Au plan pédagogique, il est prévu d'exploiter l'expérience des stagiaires pour construire les prochaines séances d'enseignement théorique, qui seront désormais réparties sur cinq semestres.

### **Le 3ème cycle de médecine générale dans son contexte**

La sensibilisation à la médecine générale consiste en dix heures d'initiation en 2ème cycle, organisées sous forme de tables rondes consacrées à la relation médicale, faisant intervenir des groupes mixtes de généralistes enseignants, d'hospitalo-universitaires et d'enseignants en sciences humaines. L'année prochaine, seize heures d'enseignement par étudiant sont prévues, de manière intégrée au stage hospitalier. Par ailleurs, la planification des enseignements en 2ème cycle n'est pas une simple juxtaposition de mini-enseignements de spécialité, mais prend en compte les problématiques de santé en médecine générale.

Pour la thèse, les résidents sont fortement incités à choisir un sujet qui soit pertinent pour leur futur exercice : près d'une thèse sur deux a trait à la médecine générale et consiste en un travail de recherche (sous la forme d'enquêtes de pratique).

En dehors des thèses, les activités de recherche en médecine générale sont peu développées.

Il n'y a pas de relations avec la formation médicale continue qui concernent les résidents.



En guise de rapport d'évaluation interne, les responsables du département de médecine générale ont seulement transmis au CNE un ensemble de documents préexistants - réponse décevante qui ne laisse pas de surprendre de la part d'une structure solide et bien dotée, qui a joué un rôle pionnier dans la formation à la médecine générale.

### Points forts

### Points faibles

<ul style="list-style-type: none"> <li>. Un Département de Médecine générale très structuré, actif, fortement intégré à la faculté et doté de moyens importants</li> <li>. La participation effective et cohérente des hospitalo-universitaires et des hospitaliers à la formation théorique</li> <li>. Un réseau important et solide de généralistes enseignants et de maîtres de stage</li> <li>. La réflexion très avancée sur la notion de maquette hospitalière du résidanat avec notamment une offre de stage en gynécologie et en pédiatrie systématiquement protégée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Des enseignements théoriques d'inégale qualité, qui devraient faire l'objet d'une nouvelle réflexion pédagogique</li> <li>. Des activités de recherche en médecine générale globalement faibles eu égard aux moyens du Département de Médecine générale</li> </ul>
---	---

### Cotations

Structures et moyens	Formation théorique	Formation pratique hospitalière	Formation pratique extra-hospitalière	Le 3ème cycle dans son contexte
A	C	B	B	C



## **Troisième cycle de Médecine générale**

---

### **CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS**

---



## Préambule

Rappelons ce que nous avons dit dans l'Avertissement à ce rapport :

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 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.

L'évaluation comporte des cotations par rubrique et par site (c'est à dire par UFR ou regroupement d'UFR), méthodologie déjà utilisée par le Comité pour l'odontologie (novembre 1994) et la pharmacie (à paraître en novembre 1998). Ces cotations, prises sur une échelle de cinq lettres, résument le bilan "points forts - points faibles" qui figure à la fin de chacune des 38 évaluations de site. Elles 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 la distribution des cotations.

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 depuis quelques mois, notamment du fait de l'introduction récente du 5ème semestre. C'est pourquoi, en septembre 1998, la Conférence des Doyens a exprimé le vœu que le Comité retourne, dans deux ou trois ans, dans les facultés, pour mesurer l'évolution.

Le Comité est conscient que des aspects majeurs n'ont été qu'évoqués dans ce rapport d'évaluation, du fait de la complexité de l'exercice professionnel en cause : les médecins ont à prendre en charge des problèmes de santé posés par des personnes humaines, avec leur unicité et leur complexité d'ordre physiologique, pathologique mais aussi psychologique, sociologique, moral et spirituel, dans un contexte de santé publique, avec ses contraintes d'ordre sanitaire, mais aussi politique, social et économique. Parmi les points qui auraient pu mériter un développement plus important, on peut citer notamment la formation à la prescription, l'informatisation des cabinets médicaux, la formation continue.

Enfin, il importe d'insister sur une considération majeure : toutes les recommandations qui vont suivre n'ont de sens que s'il existe un réel consensus pour revaloriser la médecine générale en France.

## 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 de plus de la moitié des étudiants en médecine.

#### *Recommandation 1*

*La formation initiale à la médecine générale est placée en France sous la responsabilité des universités. Il est donc du devoir 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.

#### *Recommandation 2*

*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 indispensable, 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.

### *Recommandation 3*

*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 fax 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 puisse disposer d'un financement régulier et que ses coûts soient clairement identifiés : c'est le devoir des facultés de médecine.

### *Recommandation 4*

*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 résoudre 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 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 prérequis 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.

#### *Recommandation 5*

*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 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 structures de soins primaires, et par conséquent l'ajout d'un semestre supplémentaire, a 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 ?

#### *Recommandation 6*

*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.

### *Recommandation 7*

*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.

### *Recommandation 8*

*Il faut constituer, dans chaque université, un fond 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 services hospitaliers, 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 à 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).

### Recommandation 9

*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.

### Recommandation 10

*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.

#### *Recommandation 11*

*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.

#### *Recommandation 12*

*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.

#### *Recommandation 13*

*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.

#### *Recommandation 14*

*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.*

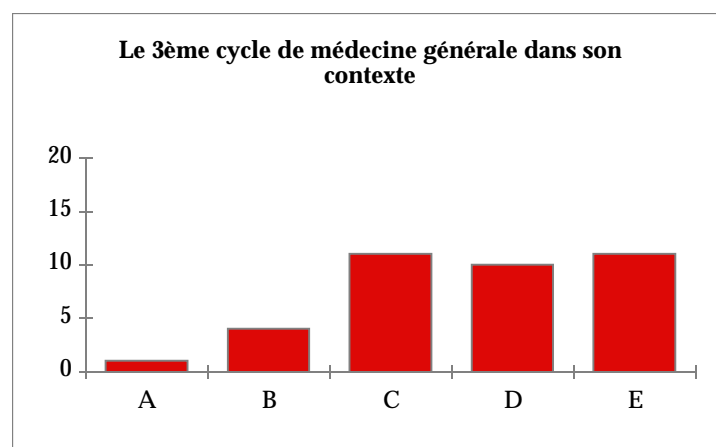
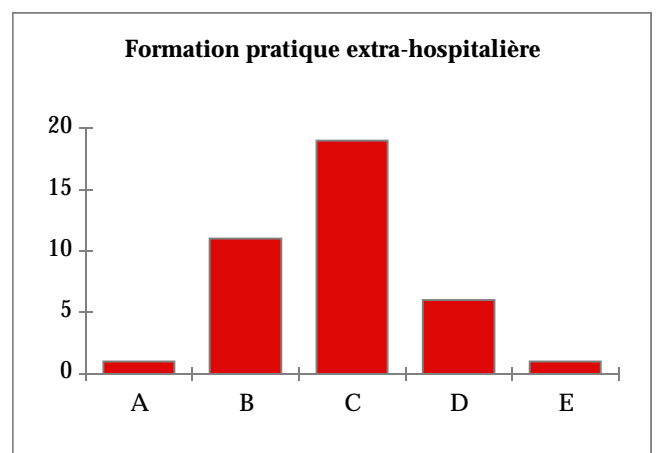
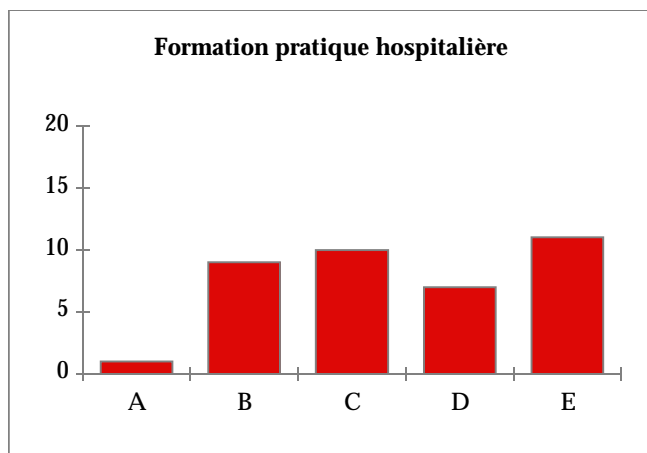
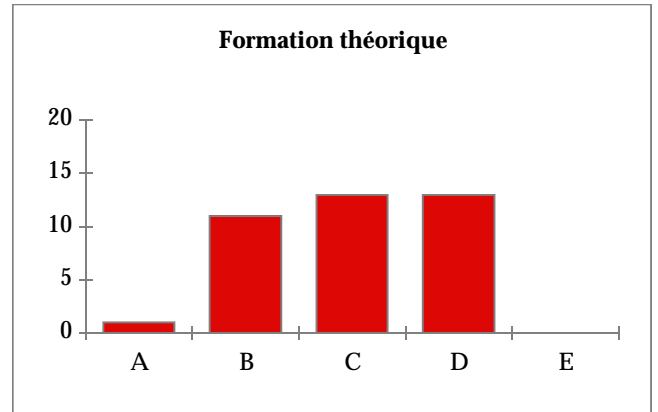
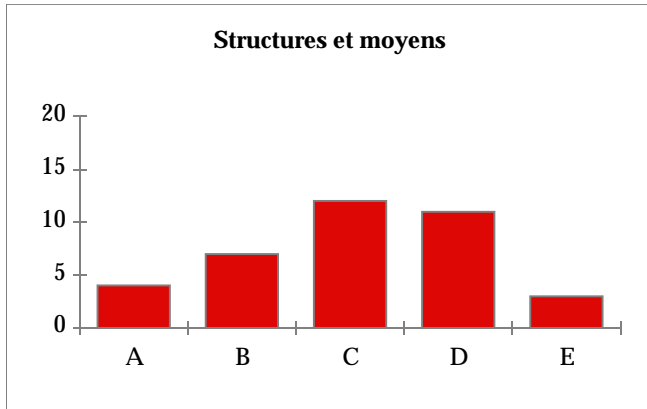
### **Vue d'ensemble de l'évaluation**

L'effort à accomplir à l'échelon national est bien traduit par le récapitulatif de la page 205 qui montre 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'Ile-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.

### Evaluation du 3ème cycle de Médecine générale Récapitulatif des cotations





# COMITE NATIONAL D'EVALUATION 1997 - 1999

Monsieur Jean-Louis AUCOUTURIER, *président*

Monsieur Georges CREMER, *vice-président*

Monsieur Pierre VIALLE, *vice-président*

Monsieur Philippe BENILAN

Monsieur Claude JESSUA

Monsieur Jean-Jacques BONNAUD

Monsieur Patrick LEGRAND

Monsieur Hubert BOUCHET

Monsieur Georges LESCUYER

Madame Chantal CUMUNEL

Madame Chantal MIRONNEAU

Monsieur Michel FARDEAU

Monsieur Pierre TOUBERT

Monsieur Claude FROEHLI

Monsieur Laurent VERSINI

Monsieur Jean-Claude GROSHENS

Monsieur André STAROPOLI, *secrétaire général*

Paul-Pierre VALLI, *conseiller du Président*

**43, rue de la Procession 75015 PARIS    Tel. : 01 55 55 60 97 - Télécopie : 01 55 55 63 94**  
**Internet : <http://www-cne.mesr.fr>**

***Autorité administrative indépendante***





# Publications du Comité national d'évaluation

## Evaluations institutionnelles

### *Les universités*

L'université Louis Pasteur - Strasbourg I, 1986  
L'université de Pau et des pays de l'Adour, 1986

L'université de Limoges, 1987  
L'université d'Angers, 1987  
L'université de Rennes II- Haute Bretagne, 1987

L'université Paris VII, avril 1988  
L'université P. Valéry - Montpellier III, 1988  
L'université de Savoie, 1988  
L'université Claude Bernard - Lyon I, 1988  
L'université Paris VIII - Vincennes à Saint-Denis, 1988  
L'université de Provence - Aix-Marseille I, 1988

L'université de Technologie de Compiègne, 1989  
L'université Paris Sud - Paris XI, 1989  
L'université de La Réunion, 1989  
L'université Lumière Lyon II, 1989  
L'université Jean Monnet - Saint-Etienne, 1989  
L'université Rennes I, 1989  
L'université du Maine, Le Mans, 1989

L'université Ch. de Gaulle - Lille III, 1990  
L'université Paris XII - Val de Marne, 1990

L'université J.Fourier - Grenoble I, 1991  
L'université Strasbourg II, 1991  
L'université de Nantes, 1991  
L'université de Reims, avril 1991  
L'université des Antilles et de la Guyane, 1991  
L'université d'Avignon et des Pays de Vaucluse, 1991  
L'université de Bretagne occidentale - Brest, 1991  
L'université de Caen - Basse Normandie, 1991  
L'université de Valenciennes et du Hainaut-Cambrésis, 1991  
L'université de Rouen, 1991  
L'université de la Sorbonne nouvelle - Paris III, 1991  
L'université Paris X, 1991

L'université de Toulon et du Var, 1992  
L'université Montpellier I, 1992

L'université des sciences et technologies de Lille I, 1992

L'université de Nice, 1992

L'université du Havre, mai 1992

L'université Michel de Montaigne - Bordeaux III, 1992

L'université Jean Moulin - Lyon III, 1992

L'université de Picardie-Jules Verne - Amiens, 1992

L'université Toulouse - Le Mirail, 1992

L'université Nancy I, 1992

L'université Bordeaux I, 1993

L'université René Descartes - Paris V, 1993

L'université de Haute Alsace et l'ENS de Chimie de Mulhouse, 1993

L'université Pierre Mendès France - Grenoble II, 1993

L'université Paris IX - Dauphine, juin 1993

L'université de Metz, 1993

L'université d'Orléans, 1993

L'université de Franche-Comté, 1993

L'université Robert Schuman - Strasbourg III, 1993

L'université des Sciences et Techniques du Languedoc - Montpellier II, 1993

L'université de Perpignan, 1993

L'université de Poitiers et l'ENSMA, 1994

L'université François Rabelais - Tours, 1994

L'université d'Aix-Marseille II, 1994

L'université Paris XIII - Paris Nord, 1994

L'université Stendhal - Grenoble III, 1994

L'université Bordeaux II, 1994

L'université des sciences sociales - Toulouse I, 1994

L'université d'Auvergne - Clermont-Ferrand I, 1994

L'université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II, 1994

L'université Nancy II, 1994

L'université Paul Sabatier - Toulouse III, 1994

L'université Aix-Marseille III, 1994

L'université de Corse Pascal Paoli, 1995

L'université Pierre et Marie Curie - Paris VI, 1995

L'université Paris I - Panthéon Sorbonne, 1995

L'université Paris-Sorbonne - Paris IV, 1995

L'université de Bourgogne, 1995

L'université du droit et de la santé - Lille II, 1995

Les universités nouvelles, 1996  
L'université d'Artois, 1996  
L'université de Cergy-Pontoise, 1996  
L'université d'Evry - Val d'Essonne, 1996  
L'université du Littoral, 1996  
L'université de Marne-la-Vallée, 1996  
L'université de Versailles - St-Quentin-en-Yvelines, 1996  
L'université Panthéon-Assas - Paris II, 1996  
L'université de La Rochelle\*, 1997

### ***Les écoles et autres établissements***

L'Ecole française de Rome, 1986  
  
L'Ecole nationale des Ponts et chaussées, 1988  
  
L'Ecole normale supérieure, 1990  
  
L'Ecole supérieure de commerce de Dijon, 1991  
L'Ecole nationale supérieure de mécanique de Nantes, 1991  
L'Institut national polytechnique de Grenoble, 1991  
L'Ecole française d'Athènes, 1991  
L'Institut des sciences de la matière et du rayonnement - Caen, 1991  
L'Institut national des langues et civilisations orientales, 1991  
L'Institut national des sciences appliquées de Rouen, 1991  
  
L'Ecole des Chartes, 1992  
L'Observatoire de la Côte d'Azur, 1992  
L'Institut national polytechnique de Lorraine, 1992  
L'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, 1992  
Les Ecoles d'architecture de Paris-Belleville et de Grenoble, 1992  
Le Groupe ESC Nantes-Atlantique, 1992  
  
Le Conservatoire national des Arts et métiers, 1993  
L'Ecole nationale supérieure de chimie de Montpellier, 1993  
L'Institut national des sciences appliquées de Toulouse, 1994  
L'Institut national polytechnique de Toulouse, 1994  
  
L'Ecole nationale supérieure de mécanique et des microtechniques de Besançon, 1995  
L'Ecole nationale supérieure de chimie de Paris, 1995

L'Ecole nationale supérieure d'Arts et métiers, 1995  
Le Muséum national d'histoire naturelle, 1996  
  
L'Ecole nationale supérieure des sciences de l'information et des bibliothèques\*, 1996  
L'IUFM de l'académie de Caen\*, 1996  
L'IUFM de l'académie de Grenoble\*, 1996  
L'IUFM de l'académie de Lyon\*, 1996  
L'Institut national des sciences appliquées de Lyon\*, 1996  
L'Ecole centrale de Lyon\*, 1996  
  
L'Ecole normale supérieure de Lyon\*, 1997  
Le Palais de la découverte\*, 1997  
La Casa de Velázquez\*, 1997  
L'Ecole française d'Athènes\*, 1997  
L'Ecole française de Rome\*, 1997

L'IUFM de l'académie d'Amiens\*, 1998  
L'IUFM de l'académie de Reims\*, 1998  
L'IUFM de l'académie du Nord - Pas-de-Calais\*, 1998  
L'IUFM de l'académie de Bourgogne\*, 1998  
L'IUFM de l'académie de Rouen\*, 1998

### ***Les évaluations de retour***

L'université Louis Pasteur - Strasbourg I, 1994  
  
L'université de Nantes, 1995  
L'Ecole centrale de Nantes, 1995  
L'université Rennes I, 1995  
  
L'université de Provence - Aix-Marseille I, 1996  
L'université Claude Bernard-Lyon I\*, 1996  
L'université Jean Moulin-Lyon III\*, 1996  
  
L'université Lumière-Lyon II\*, 1997

### **Evaluations disciplinaires**

La Géographie dans les universités françaises : une évaluation thématique, 1989  
Les Sciences de l'information et de la communication, 1993  
  
L'Odontologie dans les universités françaises, 1994  
  
La formation des cadres de la Chimie en France, 1996

\* Etablissement ayant donné lieu à un Profil.

## **Rapports sur les problèmes généraux et la politique de l'Enseignement supérieur**

### ***Rapports au Président de la République***

Où va l'Université ?, (rapport annuel) Gallimard, 1987  
Rapport au Président de la République, 1988  
Priorités pour l'Université, (rapport 1985-1989),  
La Documentation Française, 1989  
Rapport au Président de la République, 1990  
Universités : les chances de l'ouverture, (rapport  
annuel), La Documentation Française, 1991  
Rapport au Président de la République, 1992  
Universités : la recherche des équilibres, (rapport  
1989-1993), La Documentation Française, 1993  
Rapport au Président de la République, 1994  
Evolution des universités, dynamique de l'évaluation  
(rapport 1985-1995), La Documentation Française,  
1995  
Rapport au Président de la République, 1996  
Les missions de l'enseignement supérieur : principes  
et réalités, La Documentation Française, 1997  
Rapport au Président de la République, 1998

### ***Rapports thématiques***

Recherche et Universités, Le Débat, n° 43, janvier-  
mars 1987, Gallimard  
L'enseignement supérieur de masse, 1990  
Les enseignants du supérieur, 1993  
Le devenir des diplômés des universités, 1995  
Les personnels ingénieurs, administratifs, techniciens,  
ouvriers et de service dans les établissements  
d'enseignement supérieur, 1995  
Les magistères, 1995  
Réflexions à propos du site universitaire de Lyon,  
1997

### **Bulletins n° 1 à 24**

### **Profils n° 1 à 20**

**Directeur de la publication : Jean-Louis Aucouturier**  
**Edition - Diffusion : Francine Sarrazin**