

"POUR L'HISTOIRE"

CETTE RUBRIQUE COMPORTE ET COMPORTERA DES DOCUMENTS
D'ARCHIVE OU DES ENQUÊTES POUR SERVIR À L'HISTOIRE
DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE.



LE 3^{ème} CYCLE DES ETUDES DE MEDECINE GENERALE EN FRANCE
ETAT ACTUEL DE LA QUESTION - DESIDERATA ET PROPOSITIONS
DE LA SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE

Notre Rapport à la Commission LACHAUX

société française médecine générale

09.10.1989

Dr.O. ROSOWSKY

Le 14 Février 1989 une délégation de la Société Française de Médecine Générale était reçue par la COMMISSION LACHAUX dans les locaux de la Cour des Comptes.

A l' issue de l'audience un document de synthèse fut remis à la commission. Nous avons décidé de rendre ce document public. Nous croyons que l'enjeu touche à l'essence même de la Médecine et nous souhaitons qu'un vaste dialogue public s'instaure avant le débat parlementaire prévu par l'article 8 de la loi de référence des études médicales du 23 Décembre 1982.

Dans son contenu et dans sa forme, le texte est le fruit du travail collectif de notre Intercommission Recherche et Enseignement de la Médecine.

Dr O. ROSOWSKY	Président	L'Hay-les-Roses (94)
Dr B. VINCENT	Président Délégué aux Régions	Nantes (44)
Dr B. VERY	Vice-Président	Brunoy (91)
Dr Ph JACOT	Vice-Président	Versailles (78)
Dr J. IGALLAIS	Vice-Président	Aubervilliers (93)
Dr M. BRUNEL	Secrétaire général	Paris (75)
Dr J. ANDRAL	Secrétaire Général Adjoint	L'Hay-Les-Roses (94)
Dr R. SOURZAC	Trésorier	Brunoy (91)
Dr G. AGULHON	Trésorier-Adjoint	Paris (75)
Dr J. CHARON	Membre du Bureau	Bordeaux (33)

Ainsi que

Dr D. BEGUIN	Le Mee sur seine (77)
Dr A. FLACHS	Caen (14)
Dr J. FOEX	Divonnes les BAINS (01)
Dr P. FERRU	Gençay (86)
Dr J. B. FORNARI	Menton (06)
Dr C. CLEMENT	Servian (34)
Dr B. DEGORNET	Hyères (91)
Dr N. DIEHL	Norges la Ville (21)
Dr J. C. HUBER	Dijon (21)
Dr A. M. CHESNEAU	Epinay les Mines (71)
Dr B. MINSKY-KRAVETZ	Lucé (26)
Dr A. VIEL	Bricquebec (50)

société
française
médecine
générale

LE 3^{ème} CYCLE DES ETUDES DE MEDECINE GENERALE EN FRANCE
ETAT ACTUEL DE LA QUESTION - DESIDERATA ET PROPOSITIONS
DE LA SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE

I - INTRODUCTION

Nos réflexions porteront sur l'état de la question, tel qu'il résulte du rapport du Pr Jacques BEYLOT sur le 3^{ème} Cycle de Médecine Générale en France 1984-86, rédigé et déposé en Octobre 1986 sous la double égide de la Commission Pédagogique Nationale de Médecine Interne et de l'Université de Bordeaux II.

Ce rapport est, selon nous, une étape importante parce qu'il donne de la situation une description d'ensemble et qu'il résulte de réponses et commentaires émis par les responsables universitaires chargés de la mise en application de ce 3^{ème} cycle dans toutes les U.E.R.

Deux aspects de la situation ont été mis en évidence et retiennent notre attention :

- l'effort important de mise en place du 3^{ème} cycle de Médecine Générale dont témoigne le grand nombre d'enseignants chargés de cet enseignement,
- des résultats décevants, dus à des distorsions révélatrices. Parmi celles-ci, deux nous intéressent directement :
 - . la désaffection des étudiants à l'égard de l'enseignement théorique qui leur est proposé et qui a été constatée de manière générale. Elle concerne aussi bien les enseignements délivrés par les chargés de cours généralistes que les cours assurés par des enseignants universitaires agrégés ou médecins des hôpitaux régionaux (cf rapport du groupe des enseignants généralistes de l'U.E.R. de Caen (250 p.).
 - Pour une réflexion sur la formation professionnelle des étudiants, l'attitude négative (ou positive) de ceux-ci est un élément incontournable et qui demande à être analysé dans un cadre plus large que celui d'un simple aménagement interne au 3^{ème} Cycle de Médecine Générale.

- . La lassitude qui se manifeste, après une phase initiale active, chez tous les enseignants sans distinction, universitaires titulaires (cf p. 49-50 du rapport cité) ou enseignants vacataires généralistes (cf démission du groupe d'enseignants généralistes à CAEN avec remise d'un rapport explicatif circonstancié).

Pour expliquer cette situation, le rapport du Pr BEYLOT avance les hypothèses suivantes :

- les moyens budgétaires qualifiés de (généralement) "dérisoires",
- les doutes exprimés par certains enseignants hospitaliers quant à leur aptitude à améliorer la formation des futurs généralistes, leurs intérêts spécifiques ne correspondant pas à la formation qu'ils doivent assurer,
- la non conformité des pratiques médicales vécues par les étudiants dans leurs stages hospitaliers avec les cours (et tentatives de théorisation) émanant des enseignants généralistes lorsqu'ils parlent de leur pratique en ville,
- la médiocrité du statut d'un enseignement théorique qui, la plupart du temps, n'est validé que par un simple émar-gement d'assiduité, sans contrôle des connaissances.

II - "UNE REFORME INCOMPLETE, EN QUELQUE SORTE PLAQUEE SUR L'ENSEMBLE DU CURSUS"

Rapport du Pr Beylot

Parler du 3ème cycle de Médecine Générale suppose qu'il y ait un accord sur l'objet du savoir qu'il s'agit de transmettre, autrement dit que l'on précise au départ ce qu'il faut transmettre, comment cet enseignement s'articule avec le reste et qui devrait s'en charger.

La réflexion comprend donc deux volets, l'un épistémologique, l'autre institutionnel.

II-1- Sur le plan épistémologique :

Sans vouloir s'engager dans un débat complexe et approfondi sur la spécificité de la médecine générale, il paraît indispensable de rappeler quelques points désormais acquis. La médecine générale se distingue de la médecine spécialisée par le fait qu'elle accepte délibérément de s'arrêter, dans 85 % des cas traités, sur des positions diagnostiques symptomatiques ou de "probabilité suffisante".

La sémiologie de ces états ne comporte plus, aujourd'hui, d'études ni de définitions univoques, ni non plus de classification utilisable.

Chaque praticien est obligé de se construire son propre corpus de façon autodidactique ainsi que les routines cohérentes résultant de sa propre expérience. Toute généralisation de ce savoir et la constitution d'une discipline scientifiquement fondée, restent alors extrêmement hasardeuses.

En effet, aucune observation directe des pratiques en médecine générale ne peut être menée sur des bases statistiquement significatives. Seules sont disponibles actuellement, les méthodes indirectes et limitées d'étude de notre champ selon le principe de la "boite noire" dont on tente de modéliser le système en étudiant les modifications survenues en aval (les prescriptions) dans les informations introduites en amont (les médicaments et possibilités techniques).

La cause de cette lacune est connue : la classification Internationale des Maladies, outil de création récente (1946) a été élaborée par et pour les disciplines médicales hospitalières et spécialisées. Elle n'est pas adéquate pour la médecine générale.

Afin de parvenir à une classification des maladies qui tienne compte de la spécificité du champ d'application, la Société Française de Médecine Générale a entrepris, en collaboration avec l'INSERM, la CNAMTS et l'industrie du Médicament, un travail de classification des "résultats de consultation" définis et décrits, tels qu'ils se présentent au généraliste au moment de la prescription. Dans sa demande, elle s'appuie sur deux approches complémentaires relevant de recherches faites à l'étranger.

En effet, sous l'impulsion du Royal College of General Practitioners en Grande-Bretagne, et des pays de culture ou d'influence anglaise, une structure mondiale est née en 1972 : la WONCA, à laquelle adhère la Société Française de Médecine Générale depuis 1978. La Commission de classification de la WONCA a publié, en 1983, une classification définie des problèmes de santé en Médecine Générale, concernant les situations morbides de fréquence significative en médecine générale.

Malheureusement, seules les situations correspondant à des maladies nosologiquement déjà définies ont vu leur sémiologie adaptée par un élargissement vers les "tableaux de maladie de bonne probabilité". Ceux-ci représentent 35 % des cas traités. Les 50 % de situations purement symptomatiques et syndromiques de notre corpus n'ont pas été concernés et le problème de biais statistique, dans le cas de relevés multicentre, est resté sans solution.

Dans le même temps, un praticien autrichien épidémiologiste, du nom de R.N. BRAUN, a mis au point en quarante années de relevés épidémiologiques successifs en médecine générale, une théorie professionnelle pour notre discipline et une classification des situations de fréquence significative incluant les situations symptomatiques et syndromiques. Il a créé le concept de résultat de consultation dont il existe quatre variantes :

- le symptôme isolé,
- le syndrome,
- le tableau de maladie
- le diagnostic complet au sens des sciences médicales du moment.

Depuis 1984, il travaille, avec ses élèves allemands et suisses, à la définition sémiologique de ces variantes. Du point de vue des démarches généralistes, tous ces résultats de consultation ont une valeur égale dès lors qu'elles sont conformes aux critères précis qui les définissent.

Quant à la Société Française de Médecine générale, elle participe activement aux travaux de ces deux

courants de la pensée généraliste dans le monde. Elle s'efforce de jouer un rôle charnière, en particulier dans le groupe de travail créé à la CEE en 1988 pour standardiser ces outils d'observation directe des situations pathologiques gérées par la médecine générale. Elle veille à ce que les définitions sémiologiques élaborées soient telles qu'elles délimitent l'espace de liberté où la médecine générale peut prendre en compte les normes socioculturelles et intimes de la personne, afin de réintroduire dans la pensée médicale moderne ce modèle bio-psycho-social, voire psycho-socio-biologique, qui s'est exagérément atrophié sous l'avalanche des progrès, d'ailleurs impressionnants, produits par la concentration des efforts de recherche et de soin dans la zone biologique de l'activité médicale.

On participe ainsi au processus tendant à un modèle médical post flexnérien qui, après de longs chemine-ments balintiens, anthropologiques et autres, puis sous la pression des réalités économiques, connaît aujourd'hui - même aux U.S.A. - une ampleur croissante.

Ce sont là les raisons d'être du réseau INSERM-SFMG, chargé, en trois ans, de mettre au point et en application pratique, la version française du nouvel outil d'observation directe des résultats de consultation en médecine générale.

Lorsque les affections de fréquence significative que la médecine générale prend en charge auront été correctement définies dans des formes sémiologiques précises, alors chaque type de résultat de consultation en médecine générale pourra faire l'objet d'études statistiquement pertinentes. On pourra tenter de réguler les rôles respectifs de la médecine générale et des disciplines spécialisées sous l'angle d'évaluations aptes à prendre en compte les résultats médicaux sur des épisodes entiers de maladie et sur de longues périodes de vie. On pourra tenter de rationaliser et de légitimer, soit l'emploi de thérapies symptomatiques ou étiologiques à large spectre (c'est-à-dire une vision privilégiant le suivi clinique en première intention), soit l'emploi de techniques d'exploration et d'intervention sophistiquées et pointues dès le départ de la prise en charge. Le rythme et les moments d'intervention de l'un ou de l'autre secteur médical pourront être rationalisés en respectant les meilleures mesures préventives possibles (éviter la maladie, éviter les complications) et en recherchant, à qualité égale de résultat, les meilleurs rapports coûts/qualité, à bref et à long terme.

On voit à quel point le nouvel outil d'observation directe de nos pratiques doit permettre enfin la constitution de ces connaissances scientifiquement structurées, objets de recherche, qui doivent s'élaborer et se transmettre à l'université.

II-2- Sur le plan institutionnel

Aux fins de notre réflexion, il convient d'analyser ici un peu plus longuement et de commenter, l'évolution d'où résultent le cursus médical et ses étapes actuelles.

- Le cursus médical à l'université depuis 1958.

On sait comment, suivant en cela un modèle théorisé aux USA par le rapport Flexner publié en 1910, l'enseignement et la recherche médicale se sont concentrés à l'hôpital, dans le même temps que se formait le découpage du champ médical en spécialités de plus en plus étroites, selon un processus classique de la démarche scientifique.

En France, l'ordonnance du 30.12.1958, mit en place les conditions institutionnelles nécessaires à une accélération de ce processus dans notre pays : les fonctions universitaires et les fonctions médicales hospitalières furent, dès lors, étroitement fusionnées.

Peu de gens, à l'époque, ont soulevé l'hypothèse que des différences profondes allaient naître de cette évolution, entre une partie des pratiques et des fonctions médicales de ville et celles hospitalières.

Notons toutefois que si la réforme de 1958 fut, tout compte fait, tardive, elle fut aussi radicale puisque l'article 5 de l'ordonnance décrétait que "les membres du personnel médical et scientifique des centres créés à l'article 1 exercent conjointement les fonctions universitaires et hospitalières. L'accès à leur double fonction est animé par un recrutement commun... Ils consacrent à leurs fonctions hospitalières, à l'enseignement et à la recherche, la totalité de leur activité professionnelle". Cet alinéa, sous réserve de dérogations temporaires, mettait fin à la pratique de ville des médecins hospitalo-universitaires comme le stipule d'ailleurs le texte :

"Il faut indiquer à ce propos que le travail à temps plein de ce personnel signifie essentiellement que cesse la vie double créée par des obligations hospitalières et l'exercice en ville de la profession médicale".

Le décret du 24.9.1960, portant statut du personnel enseignant et hospitalier des C.H.U., radicalisait encore ces dispositions. Ses attendus seraient à citer entièrement. Donnons-en quelques passages : "Ainsi, une fonction hospitalière accompagne dans chaque emploi la fonction d'enseignement et de recherche. Cette dualité de fonction ne s'applique pas seulement au personnel permanent et titulaire. Sont également prévus, des cadres de chefs de clinique qui sont en même temps assistants des hôpitaux et de moniteurs qui sont en même temps assistants adjoints. Tous ces personnels seront soumis à la fois aux règles universitaires et hospitalières".

Il s'agit ici de personnels titulaires en temps plein. Un type de dérogation cependant est prévu et précisé à l'article 2 du décret, il concerne du personnel à temps partiel :

"Art.2 - peuvent en outre être appelés à collaborer aux activités du centre hospitalier et universitaire, des docteurs en médecine ou des personnes justifiant de titres ou qualités déterminés par arrêté conjoint des ministres de l'Education nationale et de la Santé Publique. Ces personnes remplissent certaines missions d'enseignement et de recherche ou participent aux soins, notamment dans des conditions prévues à l'article 29, 5ème alinéa, du décret du 11.12.1958, ou assurent conjointement plusieurs de ces tâches. Les intéressés ne consacrent à leurs fonctions dans le centre hospitalier et universitaire, qu'une partie de leur activité professionnelle. Les conditions de leur nomination, de leur rémunération et de leur emploi seront déterminées par décrets pris sur le rapport du ministre de la Santé Publique et de la Population, du Ministre de l'Education Nationale, du Ministre des Finances et des Affaires Economiques et, le cas échéant, du Ministre de l'Intérieur".

Remarquons aussitôt que les dispositions de cet article 2 ne seront plus mentionnées dans le décret du 24.2.1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des CHU.

Suit, en effet, la mise en chantier d'une organisation méticuleuse des carrières ouvertes aux personnels titulaires :

"Il convient, tout d'abord, d'organiser, une véritable carrière qui permette aux meilleurs parmi nos jeunes praticiens, de prétendre un jour aux plus hautes responsabilités en les affranchissant, dès le départ, de toute préoccupation matérielle et qui garantisse également aux étudiants de toutes nos facultés et de toutes nos écoles, le bénéfice de

l'enseignement des maîtres de qualité".

La rémunération prévue comporte en conséquence une double origine :

Art.10 - "Le personnel enseignant et hospitalier, soumis aux obligations de l'art.9, reçoit en activité de service la rémunération de membre du corps enseignant des Universités et des émoluments, non soumis à retenues pour pension, dus au titre des activités exercées pour le compte de l'établissement hospitalier".

"Les émoluments hospitaliers...suivent l'évolution des traitements de la fonction publique".

A cela s'ajoutent des ressources professionnelles personnelles variées, prévues par l'art.11, l'art.12,13 et 14 du décret.

Dès lors, une activité législative extrêmement riche s'instaure. Ainsi, les attendus du décret 84.135 du 24.2.1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des C.H.U. ne comportent pas moins de 16 lois et décrets postérieurs au décret du 24.9.1960. Quant au décret, il réserve la totalité de l'exercice des fonctions universitaires et hospitalières dans les C.H.U. à des agents titulaires temps plein et à des agents temporaires appartenant tous au corps hospitalier.

Il convient de redire ici que l'entrée dans la carrière hospitalière et universitaire, selon le décret du 24.9.1960, se fait par le concours d'internat qui ouvre au droit de postuler aux premiers grades de la hiérarchie. C'est dire que le titre d'interne ou de résident n'est pas une simple querelle formaliste mais bel et bien un enjeu entre disciplines n'ayant pas le même statut. Les modalités de l'examen de fin de second cycle et celles du concours d'internat font partie de la même problématique.

- L'évolution générale de l'Université française

Etant intégré à l'institution universitaire, le cursus médical est contraint d'en suivre les orientations générales.

Or, celles-ci sont aujourd'hui régies par la loi du 26.1.1984 sur l'enseignement supérieur (celle-ci s'applique obligatoirement aux U.F.R. Art. 67 "les établissements publics à caractère scientifique et culturels créés en application de la loi 68.978 du 12.11.68 d'orientation d'enseignement supérieur doivent réviser leurs statuts afin de les mettre en accord avec l'ensemble des dispositions qui précèdent" et l'art. 68 stipule que "les dispositions de l'ordonnance n° 58.1373 du 30.12.1958 demeurent applicables sous réserve des aménagements nécessaires. Le

Ministre de la Santé est associé à toutes les décisions concernant les enseignements médicaux, pharmaceutiques et odontologiques").

Un processus d'harmonisation entre le cursus médical dérivé de l'ordonnance de 1958 et la Loi Savary est donc maintenant engagé. L'institution du 3ème cycle de médecine générale, tel qu'il résulte du décret du 9.7.1984 et de l'arrêté du 6.9.1985, portant sur l'organisation du 3ème cycle de médecine générale, était une première approche pour tenter de réaliser cette harmonisation.

C'est donc par rapport à la loi du 26.1.1984 sur l'enseignement supérieur qu'il convient d'examiner le rapport du Pr Beylot sur le 3ème cycle de Médecine générale. Les dysfonctionnements que ce rapport signale par rapport au cursus, renvoient à des lacunes précises, notamment en ce qui concerne la fonction même du 3ème cycle des études supérieures, tel qu'il est défini par l'art. 16 de la loi.:

"Le 3ème cycle est une formation à la recherche et par la recherche, qui comporte la réalisation individuelle ou collective de travaux scientifiques originaux. Il comprend des formations professionnelles de haut niveau, intégrant en permanence les innovations scientifiques et techniques".

La simple lecture de la table des matières du rapport montre l'absence de chapitre consacré à la recherche en médecine générale, son organisation, ses objectifs, son évaluation, ses résultats, ses moyens, dans le rapport du Pr Beylot.

Il ne peut en être autrement car ce manque correspond à la réalité des choses. Non pas qu'il n'y ait pas d'enseignants chercheurs engagés dans le 3ème cycle de médecine générale. Nous y avons vu, partout, engagés les personnels titulaires universitaires hospitaliers (C.H.U et Hôpitaux régionaux). Mais aucun d'entre eux ne dispose d'une pratique généraliste de ville où il serait en mesure d'exercer sa recherche, à supposer que cette pratique soit, en elle-même, du domaine de ses intérêts scientifiques, alors même qu'ils disposent des moyens matériels et de carrière permettant de former les chercheurs et de mener des travaux.

Par contre, les personnels généralistes vacataires, maîtres de stage et chargés de cours qui disposent du domaine à explorer, n'ont ni les incitations de carrière ni les moyens matériels permettant la formation voulue et de réalisation de travaux pertinents en nombre significatif.

En d'autres termes, on ne peut pas s'interroger sur le contenu d'un enseignement en médecine générale sans s'interroger sur ce qu'est la recherche en médecine générale, comment l'effectuer et par qui.

II-3- Sur le plan des moyens

On vient de le voir, il a fallu, entre 1958 et 1988, 30 années d'activité législative soutenue et l'adhésion à un vaste dessein pour faire naître les carrières universitaires nécessaires à un bon développement de la médecine hospitalière et spécialisée.

C'est par un véritable foisonnement des cheminements, tous fortement incitatifs, au sein des U.E.R. comme dans les hôpitaux régionaux et les instituts de recherche extérieurs, que la production de travaux et publications a été stimulée dans le corps des médecins issus du concours d'internat.

Celui-ci reste, en effet, le seul concours anonyme faisant appel aux méthodes de mémorisation. Toute la suite des carrières, pour tous les personnels issus du concours, fait appel aux titres et travaux. Quant aux carrières, elles sont fortement promotionnelles, non seulement dans le cadre universitaire, mais aussi pour ceux des ex-internes qui s'en écartent pour se consacrer exclusivement à leur vie professionnelle médicale de soins proprement dite.

Quelle est, de ce point de vue, la situation des candidats chercheurs et enseignants généralistes ?

Celle, non pas d'une promotion mais d'une perte économique lourde par manque à gagner dans leur exercice professionnel, alors que leurs frais fixes continuent à courir. Cette perte est directement corrélée au temps passé à pratiquer la recherche, l'enseignement, voire même des soins de qualité (puisque le cumul des rémunérations pour les actes techniques qui leur sont accessibles avec leurs consultations n'est pas, pour eux, réglé de la même façon qu'il l'est pour les spécialistes).

Le rapport des enseignants généralistes démissionnaires à Caen est, là -dessus, parfaitement explicite et montre l'étendue du dégât économique que représente une activité de type universitaire pour les médecins généralistes d'aujourd'hui, à un niveau même modeste de responsabilité.

Rien ne pourra être réalisé pour faire coïncider le 3ème cycle de médecine générale avec les stipulations de la loi sans qu'un effort de constitution de carrières pour des chercheurs enseignants généralistes ne soit mis en place, qui ait la même ambition que celui qui a été offert, entre 1958 et 1988 à la médecine hospitalière et à ses élèves.

II-4- Sur le plan sociologique, des difficultés supplémentaires relèvent de l'anthropologie et des lois de sociolinguistique

Nous nous en sommes longuement expliqués dans un rapport de Contrat de Recherche Externe INSERM-SFMG sur ces conditions spécifiques de la recherche en médecine générale.

Rappelons-le "on vise, non pas à un bouleversement antagoniste du champ de la santé mais à un réaménagement du champ. Différents acteurs, dont certains appartiennent au pôle dominé, se rejoignent pour modifier le contenu d'un sous-ensemble. or, ces mouvements convergents adoptent une trajectoire heurtée où les acteurs trébuchent".

Parmi les obstacles que nous avons localisés, l'un des principaux réside dans la stratification hiérarchique qui s'est créée sous l'effet des théories flexnériennes, non plus, comme il est normal, entre la qualité des praticiens dans un champ commun d'activité, mais entre les disciplines médicales, la médecine générale se trouvant déclassée par rapport à toutes les autres.

Surgit alors un obstacle à l'intérieur de l'élément généraliste car ses acteurs sont peu ou mal dégagés de l'emprise idéologique de la médecine hospitalière qui domine le champ de la santé.

Nous nous référons ici aux travaux de linguistique, tels ceux de William Labov (Sociolinguistique - Ed. Minuit 1976) qui montrent comment

"dans notre société stratifiée hiérarchiquement, toute situation de communication entre acteurs issus de groupes différents voit la hiérarchie des valeurs présentes influencer sur les éléments constitutifs de l'échange." Nous citerons, en particulier, deux règles énoncées par Ferguson et Gumperz, et reprises par William Labov :

- 1- Tout groupe de locuteurs d'une langue X qui se considère comme une unité sociale fermée, tend à exprimer sa solidarité interne en favorisant les innovations linguistiques qui le distinguent de tous ceux qui n'appartiennent pas au groupe.
- 2- Toutes choses égales, par ailleurs, si deux locuteurs A et B d'une langue X communiquent en cette langue et si A considère que le statut de B est plus prestigieux que le sien propre et aspire à l'égaliser, alors la variété de X parlée par A tendra à s'identifier à celle que parle B"

En d'autres termes, dans une relation de communication intérieure à un groupe de dominés, le système de langue est cohérent et son originalité est entretenue, mais en présence d'un représentant du groupe statutairement dominant intervient un jugement de valeur négatif que porte le groupe statutairement inférieur sur son propre discours.

La communauté médicale est une société hiérarchiquement stratifiée, elle est une communauté linguistique avec son lexique propre ; le phénomène dont nous venons de parler y apparaît sous une forme que nous avons nommée l'intériorisation du discours hospitalier par les généralistes.

Il en résulte à la fois une situation conflictuelle explicite ou implicite qui s'exprime par les phénomènes de désaffection pointés dans le rapport du Pr Beylot et une impossibilité pour le groupe généraliste de créer le lexique même, nécessaire à l'observation de leurs pratiques.

Toutes les tentatives faites dans le sens d'une création lexicale généraliste au sein des U.E.R. ont fini en impasse et c'est au dehors de l'institution d'enseignement médical actuel que ce travail est maintenant mené à bonne fin. Il en est de même pour la mise en évidence et pour l'étude de concepts et modalités de la pensée, propres à la pratique généraliste, lorsqu'ils sont distincts et complémentaires de ceux qui sont plus conformes aux pratiques hospitalières.

Cette situation de cloisonnement hiérarchique entre disciplines n'est pas en harmonie avec les art. 2, 4, 6 et 8 de la loi du 26.1.1984 sur l'enseignement supérieur car elle met obstacle au développement de la recherche, à la valorisation de ses résultats, à sa liaison avec l'enseignement, à l'encouragement des travaux de jeunes chercheurs et de nouvelles équipes et à la contribution, au sein de la communauté scientifique et culturelle internationale, au débat des idées, au progrès de la recherche et à la rencontre des cultures.

Enfin, cette situation n'est pas en harmonie avec l'art. 3 de la loi qui stipule que "le service public de l'enseignement supérieur est laïc et indépendant de toute emprise politique, économique, religieuse et idéologique ; il tend à l'objectivité du savoir ; il respecte la diversité des opinions. Il doit garantir à l'enseignement et à la recherche leur possibilité de libre développement scientifique, créateur et critique".

En conclusion, nous considérons que les dysfonctionnements signalés dans le rapport du Pr Beylot sur le 3ème cycle des études médicales, tel qu'il est actuellement instauré sur tout le territoire, ne sont pas des phénomènes dus à quelque "maladie de jeunesse". Le cycle, sous sa forme actuelle, est en effet issu d'essais de mise en forme déjà ancienne, comme celle qui est née à Bobigny il y a quinze ans, à Bordeaux il y a dix ans, et ailleurs, au Kremlin-Bicêtre, par exemple.

Sous des formes et à des degrés divers, les principaux dysfonctionnements y existaient aussi. Ce sont tous ceux qui se rapportent aux besoins d'un enseignement théorique qui doit être fondé sur une recherche dont les méthodes et les résultats seraient soumis à une évaluation objective et compétente.

La Loi du 26.1.1984 sur l'Enseignement supérieur nous offre le moyen de ne pas perpétuer la situation actuelle dans les dispositions concernant le 3ème cycle des études supérieures.

Il n'est pas possible de confier indéfiniment à la formation médicale continue des généralistes une mission qui n'est pas la sienne. Or, cela est le cas actuellement puisque la F.M.C. est censée suppléer aux insuffisances d'un enseignement initial qui reste inachevé, à l'image de son 3ème cycle de médecine générale. Dans les conditions présentes, une telle suppléance est d'ailleurs hors de portée pour les mêmes raisons qui opèrent dans le 3ème cycle proprement dit.

III - NOS PROPOSITIONS

III-1- A court terme

Il serait souhaitable de parvenir à une harmonisation des titres, en rapport avec l'art. 54 de la Loi du 26.1.1984 :

"Les chargés d'enseignement apportent aux étudiants la contribution de leur expérience ; ils exercent une activité professionnelle principale en dehors de leur activité d'enseignement. Ils sont nommés, pour une durée limitée, par le Président de l'Université, sur proposition de l'unité intéressée, ou le Directeur de l'établissement".

Tous les généralistes qui participent à l'enseignement du 3ème cycle, y compris les maîtres de stage, devraient rentrer dans la catégorie des chargés d'enseignement. D'autre part, il est fondamental que leur rémunération soit établie eu égard à l'arrêté du 18.10.1988 fixant le taux de rémunération des heures supplémentaires. Les lourdes sujétions de préparation et d'organisation, inhérentes à la nouveauté de leur enseignement, impliquent l'octroi des tarifs non amputés.

Rappelons que :

"Art.1er - les cours, les travaux dirigés et les séances de travaux pratiques, sont rémunérés à l'heure effective par une indemnité non soumise à retenue pour pension, et fixée à :

- cours	255,80 F
- travaux dirigés.....	170,60 F
- travaux pratiques.....	113,70 F

Art. 4- Le Directeur Général des Enseignements Supérieurs et de la Recherche est chargé de l'exécution du présent arrêté qui prendra effet au 1er octobre 1988".

Nous rencontrons ici le problème de la participation de personnalités compétentes qui n'assurent pas leur profession durant l'enseignement qu'ils assurent d'où résulte un préjudice financier (ex. des techniciens en communication et des architectes). Il en découle la nécessité d'utiliser au moins pleinement l'éventail proposé par la loi.

Pour ce qui est des maîtres de stage, ceux-ci sont actuellement rémunérés au tarif de 110 F par une demi-journée par la DRASS. Comme il ne s'agit pas pour eux d'obligations de service liées à une carrière d'enseignement, il faudrait au moins que leur participation à la formation reçoive une

rémunération, de la part de l'université, sur le modèle des enseignants chercheurs dont l'origine de rétribution est double, hospitalière et universitaire.

Le stage chez le praticien, sous sa forme actuelle, doit être modifié dans sa durée, sa répartition tout au long du 3ème cycle et dans sa forme. Au lieu d'un stage restant passif et réparti en un nombre limité de demi-journées, il s'agit d'offrir, après une phase positive destinée à tester les aptitudes pratiques de l'étudiant, des remplacements actifs réguliers, de longue durée, à raison d'une journée par semaine, qui auraient lieu prioritairement chez les chargés d'enseignement mais aussi chez les maîtres de stage agréés.

Ces mesures auraient pour effet de :

- donner aux étudiants du 3ème cycle de médecine générale, la motivation qui leur manque pour adhérer aux cours théoriques qui traitent d'une pratique qui doit les "concerner",
- donner aux chargés d'enseignement généralistes le temps libre nécessaire aux recherches et préparations que leurs enseignements postulent,
- donner aux hôpitaux, des étudiants de 3ème cycle de médecine générale mieux formés à certains besoins de prise en charge des patients que la formation et les intérêts des personnels médicaux hospitaliers ne leur permettent plus d'exercer de façon satisfaisante. La régulation des entrées, des sorties et des rapports avec la médecine de ville en sortirait améliorée ainsi que l'économie générale des services. Le détachement hebdomadaire de ces internes en pratique de ville s'en trouve tout à fait justifié.

Par ailleurs, tout au long de leur 3ème cycle, les résidents en médecine générale doivent pouvoir bénéficier de mises en disponibilité afin d'accomplir des remplacements de courte durée, pendant les congés de leurs maîtres de stage. Ils seraient alors rémunérés par ceux-ci dans les conditions normales prévues pour les remplacements.

Rappelons que, selon le décret n° 83.785 du 2.9.1983 fixant le statut des internes en médecine et en pharmacie, l'art. 22 stipule que l'interne peut être mis en disponibilité par le Directeur Général du centre hospitalier régional de rattachement, dans le cas de stages de formation ou de perfectionnement en France ou à l'étranger".

Nous souhaitons que l'institution d'une 3ème année de 3ème cycle de médecine générale soit le moyen choisi pour régler concrètement les problèmes de durée de présence hospitalière et en situation de stage en ville qui résulteront de ces mesures.

Dans l'état présent de la démographie médicale, cela revient à replacer, dans un cadre universitaire, une partie des délais qui s'écoulent habituellement entre la fin des études et le moment de l'installation.

- La formation des formateurs à leurs rôles universitaires devrait devenir un souci permanent des enseignants titulaires vis à vis des médecins généralistes chargés d'enseignement, et vis à vis des étudiants tentés par ces fonctions.

En particulier, les principes de fonctionnement et les modalités de gestion de l'enseignement supérieur, comme les cheminements des carrières médicales qui s'y déroulent, doivent leur être clairement enseignés.

Rappelons que la formation des formateurs et l'information des étudiants figurent en toutes lettres dans les obligations résultant de l'art. 5 de la loi du 26.1.1984.

- La disqualification de la médecine générale qui résulte actuellement des modalités d'entrée dans les filières du 3ème cycle, doit être abolie. Rappelons ici que le véritable concours de qualification aux études médicales existe déjà, sous une forme extrêmement sévère, à la fin de la première année du premier cycle des études médicales. Dès lors, tous les étudiants admis à poursuivre ces études sont parmi les meilleurs de leur génération.

Ceci posé, il faut et il suffit que l'examen validant la fin du second cycle des études médicales participe aux modalités de classement pour le choix des filières de 3ème cycle. Un contrôle continu des connaissances, dès le début du 3ème cycle, pourrait être envisagé. L'enjeu du classement en fin du 2ème cycle doit être clairement expliqué.

Rappelons ici que c'est la crainte d'être rejetés de toute forme d'exercice médical en cas d'échec à un concours auquel on ne peut se présenter que deux fois qui a fait accepter aux étudiants l'entrée automatique en médecine générale comme un pis-aller. Ils ont, en effet, le droit d'être garantis contre ce risque de deux manières :

- le nombre de postes offerts à l'entrée des filières de 3ème cycle doit correspondre exactement au nombre des étudiants admis à l'issue du concours de fin de 1ère année du 1er cycle des études médicales
- les étudiants qui échoueraient à l'examen validant la fin du 2ème cycle des études médicales doivent être autorisés à s'y représenter sans restriction dans la répétition des tentatives.

III-2- A moyen terme

Un ensemble de mesures doit être mis à l'étude pour créer une véritable politique de recherche scientifique parmi les médecins généralistes.

- L'aide du Ministre de la Recherche ainsi que d'institutions, telles que l'INSERM et le CNRS, doit être sollicitée à des niveaux et pour des missions d'études qui restent à définir, ainsi que celle de la Direction des Enseignements Supérieurs (D.E.S.U.P. 10).
- Du point de vue des possibilités ouvertes par la loi du 26.1.1984, une carrière bien définie d'enseignant associé ou invité doit être clairement repérée et repérable pour les médecins généralistes chargés d'enseignement. Toutes les possibilités des arrêtés du 23.11.1988, relatifs aux études doctorales et à l'habilitation à diriger les recherches, doivent être explorées dans ce sens en particulier l'art. 3 ouvrant la candidature à l'habilitation à diriger la recherche, aux candidats titulaires d'un diplôme permettant l'exercice de la médecine et d'un diplôme d'études approfondies.

La liste de ces D.E.A. devrait être soigneusement choisie pour inclure des formations possibles à l'épidémiologie, aux statistiques, à l'anthropologie médicale, à la sociologie et à la psychologie.

Les délais pour la préparation de ces D.E.A. devraient être allongés pour les praticiens engagés dans la vie professionnelle.

- La création d'un corps d'enseignants chercheurs généralistes titulaires, de rang équivalent à celui de professeurs et maîtres de conférences agrégés, devrait être mise en chantier au bénéfice du corps d'enseignants généralistes associés et invités.

L'utilisation des dispositions légales, actuellement ouvertes, ou des modifications légales adéquates, doivent être mises à l'étude pour concrétiser ces possibilités de carrière sans lesquelles la discipline généraliste ne saurait retrouver sa juste place à l'université.

CONCLUSION

Examinée du point de vue de sa conformité avec la loi du 26.1.1984 sur l'enseignement supérieur, l'organisation du 3ème cycle des études de médecine générale apparaît comme l'ébauche d'une construction à venir et dont la nécessité s'impose pour de nombreuses raisons, parmi lesquelles nous citerons en premier :

- les stipulations mêmes de la loi du 26.1.1984 par son art. 67
- les obligations relevant des réglementations de la Communauté Européenne,
- les nécessités inhérentes à la prise en charge médicale permanente d'une population entière d'où découlent, pour la médecine générale, des fonctions régulatrices spécifiques, lesquelles requièrent une discipline hautement qualifiée dans ses fonctions propres. La qualité du service rendu et non plus le seul nombre des actes, doit redevenir l'élément principal de promotion et de carrière en médecine générale.

Il ne faut pas non plus décourager les meilleures des bonnes volontés qui se sont manifestées à ce jour parmi les médecins généralistes et les médecins hospitaliers dans la mise en place du 3ème cycle des études.

La réalisation de ce vaste programme requiert, non seulement la bonne volonté de tous les partenaires et l'utilisation immédiate de toutes les ouvertures déjà existantes, mais aussi une véritable politique nationale à court et moyen terme, répondant à un grand dessein.

Il s'agit d'instituer la médecine générale en un champ de recherche scientifique ouvrant la voie à l'émergence des connaissances structurées nouvelles qui surgissent chaque fois qu'on s'attaque à l'étude d'une réalité complexe.

L'apparition d'outils d'observation nouveaux, informatiques, statistiques et épistémologiques, dans notre discipline lève un obstacle premier à la faisabilité du grand dessein politique et scientifique que nous appelons de nos vœux.

L'INTERCOMMISSION RECHERCHE ET
ETUDES MEDICALES DE LA
SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE