

Enseigner la médecine générale

Devenue spécialité à part entière, la médecine générale a désormais ses propres chefs de clinique, qui s'appliquent à faire découvrir le métier au travers des stages et d'un enseignement original.

Entretien avec
Julien Gelly,
chef de clinique de
médecine générale,
université
Paris Diderot-Paris 7.
Propos recueillis par
Martine Lalande

Pratiques : Pratiques : Pourquoi avoir choisi d'être chef de clinique de médecine générale ?

Julien Gelly : Je ne voulais pas faire que du soin, je me disais que j'allais finir par me lasser, perdre ma motivation et surtout l'envie de remettre en cause ce que j'avais appris. J'avais peur d'arrêter de progresser, et j'avais absolument envie d'avoir au moins deux versants distincts dans mon activité : une en rapport direct avec le soin et l'autre pas complètement. L'avantage du poste de chef de clinique de médecine générale, c'est qu'il y a un temps déterminé pour le soin (deux jours et demi par semaine) et un autre temps équivalent pour l'enseignement et la recherche. Tout n'est pas enchevêtré comme pour les autres spécialités, où l'enseignement et la recherche ont souvent du mal à résister aux impératifs du service.

J'adore enseigner, j'aime expliquer ce que je fais, aux patients, mais aussi aux plus jeunes. Ce n'est peut-être pas tout à fait étranger au fait que mes deux parents sont profs. La recherche, par contre, je connaissais très peu. Pas mal de chefs de clinique sont entrés dans le clinicat de médecine générale par la recherche, moi je l'ai réellement découverte après. J'ai eu l'occasion de faire un Master 2¹ de santé publique pendant ma première année de clinicat, ce qui m'a aidé à acquérir de nouvelles compétences dans ce domaine : pour comprendre les articles que je lis, les études, ou en faire moi-même... Pour moi, c'est une respiration entre le temps clinique de soins au « lit » du malade et une activité orientée médecine, sous un autre angle : l'enseignement et la recherche.

L'enseignement de la médecine générale ne devrait-il pas intervenir plus tôt, et pourquoi pas différemment pour les généralistes et les spécialistes ?

A ma connaissance, aucun étudiant en médecine n'a de contact avec la médecine générale avant le

deuxième cycle. Mais cela ne me choque pas qu'il y ait un tronc commun ni que les premiers enseignements soient d'abord confiés des spécialistes d'organes. Peut-être parce que cela m'a plutôt réussi. J'ai appris beaucoup de choses à l'hôpital, certaines choses de façon débile certes, et dont je ne me sers plus, mais il y a pas mal de choses que j'ai apprises et que j'ai ensuite adaptées à mon exercice. C'est là tout l'apport des enseignants de médecine générale et des stages ambulatoires². Il est probable qu'on pourrait fusionner la deuxième et la troisième année³, mais l'externat⁴ pour tous ne me choque pas. Ce serait comme dire : « Pourquoi faire du français au collège, si je veux être mathématicien ? »

Comment faire pour engager plus de médecins à devenir généralistes ?

Je pense que cela va prendre du temps. Si on montre durablement que les généralistes ne correspondent pas à l'image qui est encore souvent véhiculée par certains, les étudiants ne verront plus le métier de la même manière. Cette revalorisation va se faire progressivement et passe par le fait que l'on ait des médecins généralistes de qualité, des maîtres de stage de qualité, des universitaires de qualité. Le contact avant les ECN⁵ est important. Dans les textes, chaque externe devrait passer trois mois tous les matins pendant trois mois, ou toute la journée pendant six semaines, dans un cabinet de médecine générale. C'est même théoriquement nécessaire à la validation du deuxième cycle depuis 1997. Cela fait deux ans que la plupart des facs propose ce stage. L'année dernière, seule la moitié d'entre elles proposait un stage tel que défini dans les textes (et pas seulement un stage « découverte ») et moins de la moitié de leurs étudiants a réellement la possibilité de faire ce stage. Si un jour on arrive à le mettre en place pour tous – ce qui signifie que les généralistes acceptent qu'une partie de leur travail est aussi de former les jeunes générations – on avancera. On en dégoûtera certains qui se rendront compte que ce n'est pas le métier qu'ils veulent faire, mais ils évi-

« Il est probable qu'on pourrait fusionner la deuxième et la troisième année, mais l'externat pour tous ne me choque pas. »

teront d'être déçus. Et on peut espérer aussi en convaincre une partie qui ne pensait pas que c'était aussi intéressant. C'est ce que beaucoup d'externes que je vois en stage disent, même si pour le moment ce sont les plus motivés qui le font. Après le stage, certains disent qu'ils ne veulent toujours pas faire ce métier, mais ce qui est sûr, c'est qu'ils verront leurs confrères généralistes – et l'exercice en ville en général – différemment.

Ne faut-il pas changer l'enseignement théorique aussi ?

On commence à enseigner la médecine générale dans le deuxième cycle. A Paris 7, j'ai eu pendant deux ans la charge du certificat optionnel de prévention : 200 étudiants sur 380 (en 4^e année) participent à neuf séances de deux heures (sur : consommation de drogues de tout ordre, infections sexuellement transmissibles, bénéfiques et risques du dépistage de certains cancers, etc.). On favorise le travail en petits groupes et la mise en pratique immédiate de ce qu'ils ont appris dans leur stage à l'hôpital entre deux séances. Désormais, je m'occupe des externes de 5^e année en stage de médecine générale : je leur propose des séances d'apprentissages au raisonnement clinique (ARC), ou encore de fabriquer des affiches d'information pour les patients sur des thèmes de prévention. C'est un excellent exercice pour apprendre à chercher des références, à adapter son langage pour être compris, sans pour autant masquer les effets indésirables. Et en plus, c'est ludique. On peut donc faire beaucoup de choses pour modifier nos enseignements et leurs contenus, mais il faut aussi modifier le mode de sélection. Si les critères de sélection changent, on sélectionnera des médecins différents. Quand j'enseigne aux externes, je leur dis « Attention, ce que je vous dis, je pense que c'est vrai car je l'ai lu (dans la revue *Prescrire* par exemple), mais ce n'est pas ce qu'on dit dans vos livres et ce n'est pas forcément ce qu'on attend de vous à l'examen ». Au cours de mon DIU⁶ de Pédagogie Médicale, on m'a rappelé une chose toute bête : le programme détermine ce qui va être enseigné et l'examen ce qui va être appris. Et dans notre cas, je ne crois pas que beaucoup de généralistes participent à la rédaction des dossiers des ECN ni à leur correction.

Si l'on attend que l'image de la médecine générale soit revalorisée, cela mettra des années à changer ?

Le numerus clausus a été élargi, et il faudra que le choix des spécialités à l'issue des ECN soit rééquilibré dans le sens de la médecine générale. Mais je

crois à la revalorisation de l'image par l'expérience des stages. Il va aussi y avoir de nouveaux maîtres de stage qui sont des jeunes médecins formés par les départements de médecine générale (DMG), qui se sont installés et qui donneront envie aux étudiants de faire ce métier. Et il faut entendre la revendication des jeunes médecins d'être salariés et de travailler en groupe. Il y a une aspiration claire des jeunes à travailler dans des regroupements comme les centres de santé ou les maisons de santé, au-delà du mode de rémunération.

Les mentalités changent. Au conseil pédagogique de la fac, quand j'ai présenté le certificat de prévention, on m'a invité à faire appel aux spécialistes d'organes du CHU, les cardiologues pour les facteurs cardiovasculaires, les psychiatres pour les addictions, etc. Alors que j'étais en train de me demander comment j'allais tourner ma réponse pour ne pas faire passer les enseignants du DMG pour les généralistes-qui-pensent-qu'ils-savent-tout-mieux-que-tout-le-monde, ce sont les externes élus au conseil qui ont défendu ce qu'ils apprennent dans ce certificat, en disant que c'était complémentaire de ce qu'ils apprenaient en stage ou dans d'autres cours. La création de la filière universitaire de médecine générale s'est amorcée au moment où l'image de la médecine générale changeait, et celle-ci s'améliore aussi parce qu'elle est entrée à l'université. ■

« Si les critères de sélection changent, on sélectionnera des médecins différents. »

-
- 1. Deuxième année de deuxième cycle d'études de sciences équivalent au DEA, que l'on peut faire en même temps que les études de médecine, ou après.
- 2. Stage en médecine dite « de ville », hors de l'hôpital, chez le praticien, mais qui peuvent comprendre aussi des demi-journées chez d'autres soignants exerçant hors de l'hôpital (paramédicaux ou spécialistes) ou dans des institutions type PMI, centre d'IVG ou de planification, ou encore se dérouler dans des centres de santé.
- 3. Deuxième année : PCEM2 (deuxième année de premier cycle) ; troisième année : DCEM1 (première année de deuxième cycle) ; quatrième année : DCEM2, cinquième année : DCEM3 etc.
- 4. Statut de l'étudiant de deuxième cycle : de la 3^e à la 6^e année actuellement, où il est en stage à mi-temps à l'hôpital (il commence à faire des gardes de nuit à partir de la 4^e année) et l'un de ces stages peut être fait en ville. Internat : statut de l'étudiant à partir de la 7^e année (après les ECN et durant le troisième cycle, qui dure trois ans actuellement pour la médecine générale).
- 5. Epreuves nationales classantes qui remplacent les concours de 6^e année.
- 6. Diplôme interuniversitaire, ouvert aux médecins généralistes après leur troisième cycle.