

# Prime à la performance : une politique de la médiocrité

« Quand le sage montre la lune, l'idiot regarde le doigt. »

Proverbe chinois.

Comme chaque année, la Cour des comptes vient de rendre son verdict : pour 2010, le déficit de la Sécurité sociale avoisine les 30 milliards d'euros, niveau historique atteint. L'endettement de la Sécu atteint, lui, 136 milliards d'euros.

Le gouvernement, dans son plan de rigueur, taxe à nouveau les complémentaires qui devront désormais payer 13,27 euros à l'Etat sur 100 euros de cotisation perçue. Celles-ci ne pourront que répercuter cette nouvelle taxe sur le prix de leur couverture santé.

Le gouvernement tente de rendre fatal aux yeux du public ce trou qu'il qualifie d'« abyssal » afin de mieux préparer les citoyens à la privatisation des retraites ou de l'Assurance maladie. Pourtant, le besoin de financement des comptes sociaux est criant face aux inégalités croissantes en France.

La médecine générale et la protection sociale n'échappent plus à la réduction drastique des dépenses publiques, alors que toutes les études montrent que, plus ces dépenses sont importantes, moins les dépenses de santé le sont.

Comment croire, alors, que la convention médicale signée cet été par l'Assurance maladie et les syndicats libéraux de médecins<sup>1</sup> soit un progrès social pour les médecins généralistes et l'ensemble de la population ? Quelques acquis sur la protection sociale des généralistes semblent préservés (retraite, statut des femmes), mais jusqu'à quand ? Cette concession a-t-elle servi de monnaie d'échange pour mieux faire avaler la pilule de la prime à la performance, habilement habillée en 13<sup>e</sup> mois, qualifiée d'outil d'amélioration de la santé publique ?

La manipulation est habile, elle n'en est pas moins perverse :

- Pourquoi demander aux généralistes d'être performants, alors que leur qualification, leur formation ou leur indépendance devraient être les garants de la qualité des soins ?
- Pourquoi faire confiance à ces objectifs de performance alors qu'ils ont été imposés sans négociations ? Quelle en est la validité en termes d'indépendance des auteurs et de qualité des soins ?
- Le dogme de la performance individuelle prédomine alors que l'organisation du système de soins et des pratiques professionnelles a plus que jamais besoin d'être pensée collectivement.
- Dorénavant, les médecins généralistes deviennent dépendants de l'Assurance maladie, elle-même déjà dépendante du pouvoir politique, dans un rapport très inégalitaire. L'individu se retrouve face à un « employeur » qui détient toutes les données statistiques qui lui permettent de le juger et donc de le contraindre sur le plan économique et professionnel. Le véritable enjeu est que ce texte prépare progressivement la soumission de la médecine générale et de la population aux organismes privés. Le conflit d'intérêt est patent. Quand le financeur devient privé, le système fonctionne au profit de son intérêt propre. On connaît le résultat, notamment aux Etats-Unis. C'est ce danger qu'il faut expliquer et dénoncer en direction des citoyens.

La tâche s'annonce rude car si, selon le fameux proverbe chinois, le sage montre la lune, actuellement la population atomisée regarde le doigt et le généraliste, formaté et signataire de la convention, regarde son nombril, sans imaginer que d'autres voies sont possibles.

Cette convention sortira-t-elle de sa confidentialité corporatiste ? Qui tentera de la hisser dans le débat public ? Au-delà, parviendrons-nous, ensemble, à décrocher la lune afin de fuir l'enfer des inégalités, et tenter d'atteindre l'égalité et la solidarité, seuls garants de la civilisation ?

Patrick Dubreil

1. CSMF, SML, MG France.

**La formation médicale remplit les cerveaux quand elle devrait davantage stimuler la réflexion des étudiants. Malgré des avancées, elle reste inadaptée à l'exercice de la médecine générale. Etat des lieux et espoirs.**

10 Olivier Pasquiers, photographe

## 1. L'emprise de la sélection

12 Anne-Chantal Hardy

Faut-il supprimer les concours de médecine ?

*Les concours de médecine sont-ils utiles ?*

15 Jean-Louis Gross

Inscription en fac

*Quand un menuisier veut s'inscrire en fac de médecine.*

16 Christian Bonnaud

Personne ne me remplacera

*Désarroi, colère et propositions d'un généraliste.*

18 Stéphane Bouxom et Youna Cloarec

PACES : retour sur une réforme bâclée

*La PACES est censée réduire le gâchis humain de la sélection en médecine...*

20 Sander Sclafer

Apprendre tout sans comprendre tout

*On peut réussir les épreuves des concours sans comprendre.*

21 Martine Lalande

Qui apprend à qui ?

22 Rémi Gremaud

Esprit critique, es-tu là ?

*Comment garder l'esprit critique quand on doit préparer des concours ?*

23 Camille Point

Pas de deuxième chance

*Un impossible redoublement.*

24 Auriane Marzouk

Malaise dans les études de médecine

*Le parcours d'une étudiante en médecine déçue par la faculté et l'hôpital.*

25 Christine Champneuf

Le théâtre du soin

*Des satellites géostationnaires au soin...*

26 Tanguy Véret

Médecines alternatives et formation médicale

*Les facultés de médecine occultent ou dénigrent toute référence aux médecines alternatives.*

29 Jean-Louis Gross

Le vertige de la connaissance

*Sciences fondamentales, sources d'émotion.*

30 Pierre Le Grand

Sortir de la faculté pour se former

*Et si la faculté de médecine ne suffisait pas à former de bons médecins ?*

31 Martine Lalande

Dans la neige avec les loups

32 Jessica Guibert

France-Québec

*Une meilleure considération des étudiants peut être un outil pédagogique.*

34 Entretien avec Anna Christidis

D'autres horizons

## 2. Médecine générale : une spécialité ?

36 Marie Kayser et Martine Lalande

La formation des généralistes

*Pour devenir généralistes, plus d'études, mais encore assez peu sur le terrain.*

Sylvie Cognard

37 Enseigner

*Le parcours d'une généraliste enseignante.*

38 Louis Velluet

Sauver la médecine de famille ?

*Une « spécialité » pas comme les autres.*

40 Sylvie Cognard

Barberousse de Kurosawa

41 Eric Galam

Enseigner l'erreur médicale

*Une démarche pédagogique autour de l'erreur médicale.*

42 Michel Nougairède

Pas assez d'enseignants

*Les moyens en enseignants de médecine générale sont encore très insuffisants, malgré l'apport des chefs de clinique.*

44 Julien Gelly

Enseigner la médecine générale

*Changer l'image de la médecine générale en changeant son enseignement.*

46 Chantal Masson Verfaillie

Ce n'est jamais ça

*« L'alchimie » de la relation singulière peut-elle se transmettre ?*

48 Lydie Tindo

Se former sur la précarité avec les réseaux

49 Nadine Lazimi

Violences faites aux femmes :

à enseigner

*Il faut enseigner les violences faites aux femmes aux futurs généralistes. Malgré les résistances.*

50 Mady Denantes

Moi, médecin généraliste

et enseignante

*Les jeunes généralistes sont beaucoup mieux formés que nous ne l'étions.*

52 Maxime Catrice

Je voulais être généraliste

*Comment, quand on veut dès le départ être généraliste, s'y retrouver à la sortie ?*

Céline Lefève

Le « gâchis » humain doit cesser

54 *Donner une vraie place aux sciences humaines et sociales en médecine.*

**58 Denis Labayle**  
De la revendication à la création  
*Coup de gueule d'un médecin spécialiste hospitalier qui propose de sortir du conflit.*

**62 Odile Montazeau**  
Sages-femmes : quel devenir ?  
*Inquiétudes sur la formation des sages-femmes.*

## 3. Quelle formation pour quel métier ?

**66 Gérard Danou**  
La littérature comme outil de formation  
*Une source inépuisable d'apprentissage pour les médecins.*

**68 Philippe Masquelier**  
Les soignants et l'indépendance  
*Indépendance de la formation et formation à l'indépendance.*

**70 Maud Gelly**  
Des études hémiplogiques

**71 Anne-Marie et Jacques Prinnet**  
Et au Québec ?  
*Une autre formation pour une autre pratique.*

**72 Marie Kayser**  
Qu'attendent les usagers ?  
*Interpellations sur la pratique médicale.*

**73 Pierre Volovitch**  
Petit prolongement à la question

**73 Patrick Dubreil**  
Une université populaire égalitaire  
*Casser la fac de médecine pour en faire une université ouverte à tous et pragmatique.*

**74 François Goupy, Gaëlle Abgrall-Barbry et Claire Le Jeune**  
Enseigner la médecine narrative  
*La médecine narrative permet de réhumaniser la pratique médicale.*

**76 Eric Bogaert**  
Formation et psychothérapie  
*Se former à la psychothérapie n'est pas simple même pour les psychiatres, alors qu'il s'agit d'un outil essentiel du soin.*

**78 Julie Martel**  
Etudier à Sherbrooke  
*D'autres méthodes de recrutement et d'apprentissage au Québec.*

**80 Fatima-Zohra Mchich Alami**  
Formation initiale et continue au Maroc  
*Comment adapter l'information et la formation médicale continue à la pratique quotidienne des médecins généralistes au Maroc ?*

**81 Anne Perraut Soliveres**  
Cocooning

**82 Pierre Drielsma**  
Une urgence depuis bientôt 40 ans !  
*Analyses et propositions faites en Belgique pour la formation des médecins.*

**86 Didier Ménard**  
Pour enseigner heureux, émancipons-nous !  
*Face à la complexité des situations gérées en médecine générale, la formation scientifique ne suffit pas.*

**87 L'association MEDSI**

**88 Zoéline Calet-Froissard**  
MEDSI : une expérience citoyenne  
*Une association étudiante crée un espace de réflexion autour de l'accès aux soins.*

**91 Chandra Covindassamy**  
L'utopie du compagnonnage  
*Les effets de la mise en jeu des places.*

**92 Jessica Guibert**  
Une école du soin imaginaire  
*Propositions concrètes et provocatrices de réforme des études de médecine.*

**94**  
Abstracts des articles qui n'ont pu trouver leur place dans la revue : vous trouverez la version intégrale sur le site : [www.pratiques.fr](http://www.pratiques.fr) à la suite de l'annonce de la parution du numéro.

## MAGAZINE

### 4 Evènements

37<sup>e</sup> congrès du SMG et soirée débat *Pratiques* à Nantes

### 5 Nouvelles de la diffusion

### 6 IDÉES

Bernard Pissaro  
Ré-former le médecin généraliste ?  
*Faire évoluer la pratique des généralistes passe par une refonte de leur formation initiale et continue.*

## Le Syndicat de la Médecine Générale vous invite à son 37<sup>e</sup> congrès

Vendredi 2 décembre après-midi et samedi 3 décembre 2011 à Nantes

### Le paiement à la performance : un dangereux marché de dupe

L'exercice de la médecine n'est pas une compétition sportive. Même si la forme physique est sollicitée, nous n'exerçons pas...

Soigner, c'est être dans la relation d'aide, c'est l'accompagnement d'une personne malade vers un mieux être. La relation humaine ne peut pas disparaître derrière la comptabilité des actes bio-techniques.

La rémunération à la performance, c'est empoisonner l'acte de soigner par un conflit d'intérêts entre un malade qui n'obéirait pas aux critères requis et un médecin qui voudrait atteindre les objectifs imposés par un organisme payeur, quel qu'il soit, mais surtout s'il est privé.

Contraindre les médecins à rentrer dans cette convention c'est non seulement vouloir faire croire que le paiement à la performance contribue à améliorer la gestion des dépenses de soins, ce qui est une escroquerie, mais plus encore c'est prendre le risque de conduire de nombreux médecins sur le chemin de la corruption. Il ne faut pas remplacer le paiement à l'acte par un paiement encore plus pervers, qui transforme le « prendre soin » en une technologie normalisée mesurable par les ordinateurs du nouveau « big brother » de l'Assurance maladie.

Par ailleurs, le potentiel destructeur de l'évaluation individualisée des performances commence à être bien connu et nous y sommes confrontés dans notre exercice de soignants.

Il est possible aujourd'hui de construire un nouveau système

de santé où les soignants seront rémunérés sur leur capacité à accompagner, dans un travail collectif, les personnes malades. L'amélioration des pratiques professionnelles se fera plus par la coordination des soins, la réponse aux besoins de santé de la population, la participation des citoyens à la prévention, à l'éducation.

D'autres modalités de rémunération existent comme le salariat, la capitation... Mais l'essentiel est de définir quels sont la mission et le rôle des soignants dans la société d'aujourd'hui.

**Nous nous opposons au paiement à la performance, nous savons qu'il est possible de faire autrement et nous en débattons au cours de ce congrès.**

**Nous resituerons cette question dans celle plus globale de la performance et de l'évaluation dans le monde du travail.**

**C'est à nous tous acteurs de la santé, salariés comme libéraux, avec les citoyens, de construire ces alternatives dans un débat public ; notre congrès veut être un premier pas. Vous êtes invités à participer à cette résistance.**

Le programme précis de ces journées et le nom des intervenants seront mis sur le site du SMG dès finalisation [www.smg-pratiques.info/Retenez-la-date-congres-du-SMG-a.html](http://www.smg-pratiques.info/Retenez-la-date-congres-du-SMG-a.html)

### La revue *Pratiques* vous invite à une soirée débat

Vendredi 2 décembre à 21 heures à Nantes

#### Se soigner est de plus en plus difficile – Ne pas se soigner est défendu

Les discriminations et les reculs actuels dans l'accès aux soins sont majeurs : baisse de la prise en charge des soins par l'Assurance maladie, multiplication des dépassements d'honoraires, bricolages de la loi CMU, restrictions de l'Aide Médicale d'Etat et droit au séjour pour soins. A cela s'ajoutent les contrôles des médecins conseils de l'Assurance maladie, de plus en plus restrictifs et les interventions de médecins contrôleurs privés, les réductions de budgets des hôpitaux comme des établissements recevant des personnes handicapées, une totale insuffisance de la compensation de la perte d'autonomie, la destruction et le dévoiement du rôle du secteur psychiatrique et de celui de la médecine du travail...

Nous sommes face à un « recul tout terrain », dont celui du concept de droit : le soin, au lieu d'être un droit devient, au mieux, quelque chose qui se gagne au mérite, au pire, un devoir d'observance.

Cette idéologie de l'observance, terriblement coercitive et culpabilisante, est en partie l'héritage de la formation des soignants (et de la croyance bien entretenue dans le bénéfice des médicaments, et des autres démarches médicales, « pour le bien du patient »...)

Mais elle est aussi à mettre en rapport avec l'idéologie sécuritaire que l'on retrouve dans la mise en place de la loi de juillet 2011 qui impose la contrainte et le contrôle social comme base de l'organisation du soin en psychiatrie.

Intervenante : **Noëlle Lasne**, médecin du travail ; anciennement responsable de la mission France de Médecins sans Frontières

Nous vous invitons à venir nombreux débattre autour de ce thème qui sera celui d'un prochain numéro de *Pratiques* à paraître au printemps 2011.

Lieu des débats : Salles de la Manu, 10 bis, bd Stalingrad, 44000 Nantes  
Accès tram ligne 1 : arrêt Manufacture.

# Faites connaître *Pratiques*

« Mais comment n'ai-je pas entendu parler de *Pratiques* plus tôt ? », vous dit-on souvent... justement, toutes les occasions sont bonnes d'en parler.

Une bonne réponse :

**parrainez, parrainez, parrainez !**

Sur vos lieux de travail :  
vos collègues, vos étudiants et stagiaires, vos remplaçants.

Sur vos lieux de loisirs :  
vos nouvelles connaissances, vos amis et vos proches.

**Saisissez l'offre découverte de *Pratiques* :**

→ **parrainez deux nouveaux abonnés à seulement 30 € l'un, soit la moitié du prix normal de l'abonnement**

→ **parrainez une seule personne au prix habituel, mais recevez en cadeau (ou faites lui expédier) le numéro de votre choix.**

Elargissez le cercle de nos fidèles : la diffusion de nos idées y gagnera, ce qui est l'essentiel ! De futurs abonnés viendront renforcer l'assise de notre publication, ce qui est... essentiel également : l'effort inédit de parrainage que vous avez accompli en 2008/2009 a été déterminant pour son redressement.

Il faut, aujourd'hui, le renouveler.

Ne remettez pas ce geste à demain :  
votre stylo vous attend et nos formulaires de parrainage, simple ou double, sont téléchargeables sur le site :

**[www.pratiques.fr/Parrainage-le-choc.html](http://www.pratiques.fr/Parrainage-le-choc.html)**

## Un ajustement tarifaire nécessaire

**Sans toucher au prix des parrainages, *Pratiques* augmente ses autres tarifs... restés inchangés tout au long des trois dernières années.**

Le passage de 57 à 60 € pour l'abonnement principal et de 37,20 € à 39 € pour l'abonnement étudiant, jeune installé de moins de 3 ans et demandeur d'emploi, équivaut à un taux d'augmentation annuel de seulement 1,75 % par an sur trois ans. Chers lecteurs, chères lectrices, nous sommes certains que vous le comprendrez.



# Ré-former le médecin généraliste

**Faire évoluer la pratique des généralistes passe par une refonte de leur formation initiale et continue axée sur une nouvelle définition des compétences attendues, une pédagogie active et une évaluation pertinente.**

**Bernard Pissaro**, ancien professeur de santé publique, spécialisé dans les approches communautaires de la santé, a exploré les articulations entre santé publique, santé communautaire et formation, dans le cadre de l'université et de la vie associative, avec l'OMS et les étudiants.

Ma pratique de la santé publique, et tout spécialement des approches communautaires de la santé, et le contact permanent avec habitants, élus et institutionnels du domaine de la santé sont un point d'observation privilégié. J'ai beaucoup travaillé sur les problèmes de la pédagogie médicale avec l'OMS dans les années 1975-1985 et je constate que, malgré quelques améliorations, la situation n'a guère changé

Trois constats s'imposent :

La médecine générale va mal en France : On manque de généralistes, mais c'est leur répartition territoriale ainsi que celle entre généralistes et spécialistes qui sont inadaptées aux besoins. La densité médi-

cale française est dans les vingt premières du monde. Les modes d'exercice sont justement critiqués, mais ils sont en train d'évoluer, avec une forte demande chez les jeunes d'une médecine au moins partiellement salariée et de modes d'exercice plus collectifs, voire pluriprofessionnels.

La formation des médecins généralistes va mal aussi : à part quelques exceptions et innovations,

elle semble organisée pour favoriser la disparition de la médecine générale, qu'il s'agisse du mode de sélection à l'entrée, des modes d'orientation et d'évaluation ou de l'organisation du cursus.

Et les deux sont liés... C'est pourquoi nous nous centrerons ici sur la formation des généralistes, en sachant que le problème de la formation des spécialistes relèverait des mêmes principes.

Mais il y a aussi plein de raisons d'espérer : des généralistes-ensei-

gnants à la fois enthousiastes et critiques, des analyses percutantes, des propositions ou des expériences riches, des étudiant(e)s à la fois critiques et formulant des pistes d'avenir qui, même si elles paraissent à première vue utopiques, méritent une réflexion approfondie.

## Des pistes de réflexion

Deux voies pour le changement :

– Partir de ce qui semble immédiatement réalisable,

faire des propositions « raisonnables », introduire des bouts de formations nouvelles, améliorer les stages et surtout leurs objectifs et leur encadrement, etc., ce qui revient à modifier le système à la marge, mais c'est loin d'être négligeable.

– Partir des besoins de la population, des constats d'échec actuels, des insatisfactions des étudiants et de leurs propositions, pour rêver un projet utopique, puis voir ce qui est finalement et concrètement réalisable. L'expérience montre que partir de l'utopie est un puissant facteur de changement et d'innovation. C'est un grand chantier qui – me semble-t-il – devrait pouvoir se mettre en place assez rapidement si les (bonnes) volontés sont là, dans une démarche collective qui pourrait être passionnante.

Quoi qu'il en soit, quelques points semblent incontournables :

Si des changements de pratique sont attendus de la formation, il ne faut pas penser en seuls termes de formation initiale : les changements espérés ne se produiraient pas avant une dizaine d'années et de plus, les nouveaux formés risqueraient d'avoir bien du mal à mettre en pratique les changements acquis dans leur formation si le terrain n'est pas favorable, prêt à les accueillir. D'où l'importance de développer en même temps des pôles de « nouvelle pratique » en s'appuyant sur une formation médicale continue repensée et réformée en conséquence.

Les objectifs sont donc à (re)définir : quelles sont aujourd'hui les compétences attendues des médecins généralistes en termes de savoirs, de savoir-faire, de savoir-être ? Cela nécessite un travail avec un (des) groupe(s) de généralistes ayant une pratique « innovante » ou « attendue » (paiement à l'acte et/ou salariat, centres de santé réalisant des regroupements professionnels ou mieux s'inscrivant dans une politique territoriale de santé, co-construite entre professionnels, habitants, élus et institutions, etc.). Travailler avec des généralistes pour identifier avec eux comment ils ont construit leurs compétences actuelles, que ce soit dans le domaine du savoir médical proprement dit ou des modes relationnels avec leurs patients, ou leur inscription dans la vie sociale et les politiques locales de santé. Quelles sont les données théoriques dont

ils se servent, consciemment ou inconsciemment, et comment les ont-ils acquises ?

Les compétences spécifiques en médecine sociale, promotion de la santé, éducation pour la santé, santé publique, relèvent du même type de démarche. Parallèlement, les étudiants devraient, individuellement et en groupes, participer à l'élaboration de leur cursus. Cette élaboration, accompagnée, pourrait être partie intégrante de leur formation.

### Repenser la pédagogie

Une place prioritaire doit être donnée à la pédagogie active, axée en particulier sur la résolution de problèmes (apprendre à résoudre des problèmes que l'on n'a pas encore rencontrés est une excellente formation pour de futurs généralistes ; ça résout aussi le problème du mythe de l'encyclopédisme, le rêve de tout savoir sur tout). Les enseignements à McMaster (Ontario, Canada) et à Maastricht (Pays-Bas) sont entièrement organisés autour de la résolution de problèmes.

De plus, la facilité de l'accès à l'information sur Internet a deux conséquences : apprendre à chercher et à sélectionner l'information pertinente et diminuer considérablement les connaissances à mémoriser (ce qui doit complètement transformer les modalités de contrôle des connaissances). Ici aussi, un travail à faire sur les connaissances indispensables à mémoriser montrerait que cela dégagerait plein de temps pour des acquisitions dans les domaines du savoir-faire et du savoir-être.

En même temps, cet afflux d'informations diverses impose de développer chez les médecins actuels ou futurs un solide esprit critique dont ils ont besoin en permanence dans leur pratique : au-delà du choix des sources d'information et de leurs contenus, on peut citer la critique d'articles scientifiques, une certaine dose de prise de distance par rapport aux divers référentiels de « bonne pratique », heureusement sans cesse soumis à révision, etc.

Mais l'acquisition de nombre de compétences ne peut se faire dans les livres, dans des cours ou par Internet ; elles nécessitent des mises en situation concrètes. Les places respectives de la pratique des généralistes et de l'hôpital dans la formation s'inscrivent tout naturellement dans ce cadre : où, et à quoi se forme-t-on le mieux, comment et quand ? Quelles sont les compétences qui ne peuvent être acquises qu'à l'hôpital, dans des stages chez un généraliste, dans des centres de santé, ou ailleurs ? Y a-t-il un ordre souhaitable pour acquérir ces compétences ?

Dans le même esprit, il faudrait repenser les places respectives de la formation initiale et de la formation continue et leur articulation, une partie de la formation initiale pouvant être conçue comme une préparation à la formation continue. De plus, il peut être intéressant de mixer les formations initiale et continue, tant sur le plan des contenus que

des publics : dans la mesure où une grande partie de la formation continue s'appuie ou devrait s'appuyer sur une analyse des pratiques, comment y faire participer des étudiants en formation initiale et avec quels préalables, pour qu'ils n'y soient pas noyés, pour que leurs questionnements relancent et affinent la réflexion de l'ensemble des participants ?

Du coup, les compétences attendues des enseignants sont bien différentes : ils ne sont plus ceux qui transmettent un savoir, mais ceux qui permettent aux autres de se former. C'est passer de l'enseignement à l'apprentissage comme axe de la formation, ce qui nécessite une formation adaptée des enseignants et des modes de recrutement qui reposent autant sur des critères pédagogiques que sur des compétences professionnelles. Et parmi ces formateurs, les patients ont une place importante : ils ont un « savoir profane » trop souvent méconnu et une expérience de la maladie qu'ils partagent plus souvent entre eux qu'avec les professionnels de santé.

### Bouleverser l'évaluation pour pouvoir changer

Quelles que soient les transformations envisagées, elles resteront inutiles si les modes d'évaluation ne sont pas adaptés et pertinents : le premier objectif des étudiants n'est pas de bien se former, mais de réussir leurs examens et leur qualification. Toutes les initiatives pédagogiques, tous les changements de programme sont voués à l'échec s'ils ne préparent pas au programme et aux modalités des contrôles de connaissances. C'est donc elles qu'il faut modifier en premier en s'assurant qu'elles sont pertinentes par rapport aux compétences attendues, ce qui entraîne une grande diversité. Dans ce domaine, l'Examen Classant National n'a pas pour but d'évaluer les compétences attendues des généralistes (mais aussi des spécialistes), mais de classer des étudiants ! Le contrôle des compétences est une chose trop importante pour qu'il soit parasité par une logique de classement. Il s'agit bien de contrôle des compétences, ce qui va bien au-delà d'un contrôle de connaissances.

### Passer de la sélection à l'orientation

Les processus de sélection ont au moins deux objectifs et se situent à deux niveaux : à l'entrée dans le cursus, afin de sélectionner les futurs « bons » professionnels et permettre une répartition adaptée aux besoins<sup>1</sup> entre les différents modes d'exercice (médecine générale et chaque spécialité). Pour ce dernier point, le moment peut être variable, dès le début ou en cours des études, en fonction du mode de structuration des cursus :

« Une place prioritaire doit être donnée à la pédagogie active, axée en particulier sur la résolution de problèmes. »

.../...

.../... faut-il former ensemble les étudiants qui se destinent aux différentes formes d'exercice, commencer par une formation axée sur la médecine générale, avoir un tronc commun ? Une façon logique d'avancer serait de définir les compétences communes nécessaires aux différentes professions pour que les étudiants puissent les acquérir ensemble, prévoir des unités de formation communes et des passerelles. Et ce raisonnement peut s'appliquer aussi aux autres professions de santé. Pour orienter les étudiants en fonction des besoins de la population, le plus pertinent serait sans doute de le faire certes en fonction des souhaits des étudiants, mais surtout des compétences attendues dans chacun des différents modes d'exercice de la médecine. Il s'agit de passer d'une optique de sélection à une logique d'orientation.

**« En France, le mode de sélection initiale actuel favorise les « forts en thème » issus le plus souvent des classes sociales favorisées. »**

La sélection initiale devrait avoir pour objectif de recruter pour les former les étudiants les plus à même de devenir de « bons médecins ». Le problème se complique du fait d'une part que les diverses pratiques de la médecine nécessitent des compétences très diverses, voire opposées, d'autre part que les critères pour sélectionner en début d'études les futurs « bons médecins » n'existent pas. Faute de critères satisfaisants, l'université de Maastricht utilise depuis plus de trente ans le tirage au sort dans la sélection des candidats. En France, le mode de sélection initiale actuel favorise les « forts en thème » issus le plus souvent des classes sociales favorisées. Plusieurs pistes de

réflexion sont possibles : une sélection progressive sur des critères à définir, des voies d'entrée différentes et à différents niveaux du cursus, notamment des passages facilités et des cursus adaptés pour des candidats venant d'autres professions de santé, des possibilités de changement d'orientation.

### **Comment mettre en place de tels changements ?**

Une étude un peu ancienne<sup>2</sup>, qui serait sans doute à réactualiser, montrait que les seules facultés qui avaient mis en place des curriculums axés sur les besoins de la population avaient été créées de toutes pièces, les facultés déjà existantes n'arrivant pas à faire évoluer leurs curriculums. Autrement dit, les facultés de médecine sont-elles aujourd'hui capables de bouleverser complètement à la fois les contenus, les méthodes pédagogiques et les modalités de contrôle de l'acquisition des compétences ? C'est dire qu'il faudra faire preuve d'imagination, d'audace et de ténacité pour faire avancer une réforme qui s'impose.

En conclusion, il est indispensable et urgent de repenser la formation des généralistes. Pour cela, il me semble impossible de faire l'impasse sur une redéfinition de la pratique, donc des compétences, sur un changement profond du mode de sélection, d'orientation et d'évaluation des étudiants, sur une pédagogie active basée sur l'apprentissage plus que sur l'enseignement. Cela passe par un travail collectif réunissant généralistes, étudiants, enseignants, usagers/habitants et élus intéressés. Des États généraux de la formation médicale ? ■

1. cf. « Le nouveau programme de Weed » in : Guilbert (J.-J.), *Guide pédagogique pour les professionnels de santé*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1977. Le problème des effectifs respectifs nécessaires adaptés aux besoins ne saurait être traité ici.

2. Richard (R.) et al., *Écoles novatrices pour les personnels de santé : rapport sur dix établissements du réseau des établissements de formation en sciences de la santé orientés vers les besoins de la communauté*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1989.

# Quelle formation, pour quelle médecine ?

« Les études sont très difficiles, mais c'est un beau métier ». Parole d'étudiante en deuxième année de médecine, ayant franchi le barrage du concours et pleine d'espoir dans une formation qui doit la mener à un métier basé sur des relations humaines.

Qu'imaginent et espèrent les jeunes qui s'inscrivent en médecine ?

Des études intéressantes ? Une acquisition de connaissances variées associée à un apprentissage technique ? Des débouchés professionnels ? Une place confortable dans la société ? Des relations humaines enrichissantes ? Une reconnaissance ?

Quelle déconvenue lorsqu'ils échouent au concours après, le plus souvent, deux années de travail intensif ! Et quand ils réussissent, ils réalisent qu'ils vont travailler quatre années à mi-temps à l'hôpital, sous-payés et surtout sous-encadrés. Difficile dans ces conditions d'apprendre les finesses de l'examen clinique, d'expérimenter la relation avec les patients, de mettre en pratique leurs connaissances, en parallèle avec la préparation intensive de l'examen suivant.

Le système de formation français est particulièrement élitiste, sélectif et exigeant, ne laissant pas de place pour l'esprit critique.

Depuis une vingtaine d'années, grâce à la mobilisation des généralistes enseignants, l'enseignement du troisième cycle s'est développé dans le cadre des départements de médecine générale. On y expérimente une pédagogie interactive, basée sur une analyse de la pratique et centrée sur les problématiques rencontrées en médecine générale.

Une évolution est indispensable pour que la formation initiale et la formation continue deviennent indépendantes de l'influence des lobbies, en particulier pharmaceutiques, et apportent aux médecins les outils critiques pour s'en prémunir.

Des expériences étrangères montrent que d'autres méthodes sont plus efficaces pour amener les futurs praticiens à appréhender leur métier plus tôt et de façon plus respectueuse de leur capacité de réflexion. En France, des étudiants s'organisent pour remettre en question la formation qu'ils reçoivent et se donner les moyens de créer des espaces où échanger et exercer leur esprit critique. Des réformes en profondeur sont nécessaires pour espérer que ces études se démocratisent et que la formation soit mieux adaptée aux étudiants motivés par le métier de soignant, en tenant compte avant tout de l'intérêt des patients.

BOSSIER



**Olivier Pasquiers** est né en 1960 à Paris. Il est membre du collectif « le bar Floréal photographie » depuis 1991. Il a publié près de vingt ouvrages par lesquels il témoigne de ces rencontres et leur rend hommage. Son travail est visible sur le site : [www.pasquiers.com](http://www.pasquiers.com)

**Devenez ami-e du bar Floréal.**

En 1985, trois photographes s'installent dans un ancien café au bas du parc de Belleville à Paris. Ils percent, rabotent, cimentent, et créent un lieu de création photographique, un studio, une

galerie, un laboratoire : l'association le bar Floréal photographie.

Aujourd'hui, le bar Floréal est une association (loi 1901) de quatorze photographes âgés de 25 à 65 ans. Leur dénominateur commun : parler du monde, de sa beauté et de ses déchirures. Faire des images et les mettre en partage.

**Pourquoi devenir ami-e et souscripteur ?**

En souscrivant, les ami-e-s du bar Floréal permettent au collectif de continuer à développer ses projets, en toute indépendance, en prenant risques et chemins de traverse.

Devenir ami-e du bar Floréal, c'est acquérir un tirage photographique d'un des membres du groupe, à un prix préférentiel. C'est aussi être tenu informé des activités du collectif et 20 % de réduction sur les livres édités par les photographes du bar Floréal.

Pour tous renseignements : le bar Floréal, 43 rue des Couronnes, 75020, Paris.  
Téléphone : 01 43 49 55 22,  
mail : [contact@bar-floreale.com](mailto:contact@bar-floreale.com).

# L'emprise de la sélection

Qui succédera au papy-boom des médecins partis à la retraite ? Comment ces nouveaux médecins seront-ils répartis entre généralistes et spécialistes ? Et sur le territoire ? Les lamentations sur les déserts médicaux sont un peu tardives : il faut dix ans pour former un médecin et la mise en place de nouveaux modes d'exercice est plus que balbutiante. Tandis que l'on se préoccupe d'augmenter le numerus clausus, les six premières années de formation, communes aux futurs médecins, brillent par leurs méthodes de sélection, laissant sur le bord du chemin nombre d'étudiants motivés. On peut se demander si ceux qui réussissent les concours et examens classants sont ceux qui se préoccupent le plus de l'humanité de leur profession. Ne risquent-ils pas de perdre en route leurs capacités de réflexion, au gré du remplissage de cerveau et du formatage exigé par les concours ? Ceux qui s'expriment ici ont l'enthousiasme et le désir d'apprendre, mais regrettent le peu de place accordée au cours de ces six années aux sciences humaines et à une réflexion globale sur le soin et la santé. Ils s'étonnent que l'hôpital soit le lieu principal de stage alors qu'ils exerceront le plus souvent en ville ou à la campagne. Ils doivent chercher « hors les murs » une ouverture pour leur future vie de soignants. Pourtant, la comparaison avec des lieux où l'on pratique d'autres méthodes pédagogiques montre qu'il serait possible de former autrement. —

# Faut-il supprimer les concours en médecine ?

§ Santé publique  
§ Formation initiale, Formation continue  
§ Médecin généraliste, médecine générale  
§ Médecin spécialiste

**A quoi et à qui servent les concours de médecine ? Ce mode de sélection assure-t-il vraiment une égalité de traitement entre les candidats et permet-il de répondre aux besoins sanitaires de toute la population ?**

**Anne-Chantal Hardy,** sociologue, a réalisé des travaux sur la formation et la profession médicale, elle est animatrice du réseau GermeS SHS (Groupe d'échanges et de recherches sur la médecine et la santé en sciences humaines et sociales) à la Maison de Sciences de l'Homme Ange-Guépin à Nantes\*.

Les concours jalonnant les études de médecine sont aisément accusés de tous les maux, les critiques abondent sur les « non-qualités » supposées des médecins recrutés, sur les modes d'apprentissage « idiots » qu'ils favorisent, sur les aléas des classements ou les motivations des choix, entre autres. Ces critiques se heurtent pourtant à un problème de taille, qui peut se résumer par la question : oui, mais comment faire autrement ? Car s'il ne s'agit pas d'un système parfait, un autre ne serait-il pas pire ? D'ailleurs, à chaque tentative de réformer les études

de médecine, on aurait plus tendance à ajouter quelque procédure classante supplémentaire qu'à en supprimer. Ces concours fonctionnent en effet, au sens où ils ont une fonction, non seulement pédagogique ou médicale, mais aussi sociale et symbolique. Procédure républicaine porteuse des valeurs de la démocratie et outil d'égalité des chances, la sélection par concours, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui pour les médecins, assure l'anonymat des candidats, l'objectivité des corrections, l'uniformisation des épreuves. Tout le monde pareil et que le meilleur gagne !

Il n'y a sans doute pas a priori une bonne manière de sélectionner les médecins, de même qu'il serait difficile de mettre tout le monde d'accord sur une définition du « bon » médecin. Mais il est en revanche possible de s'interroger sur l'usage de ces concours, tels qu'ils sont pratiqués en médecine : à quoi ils servent, ceux qu'ils servent et ceux à qui ils servent.

## Ce à quoi ils servent

Un des usages les plus évidents des concours en médecine est de permettre une maîtrise quantitative des flux de médecins formés sur le pays et de

leur répartition dans les différentes spécialités. C'est la raison pour laquelle le concours de première année a été instauré dans les années 70, afin de juguler l'arrivée massive des étudiants dans ces facultés, comme dans toute l'université d'ailleurs. Au début des années 80, les discours étaient alarmistes, on commençait à parler de médecins inscrits à l'ANPE, les places tant libérales qu'hospitalières étaient « chères » et les comptes de la Sécurité sociale commençaient à inquiéter les pouvoirs publics. Les projections démographiques prévoyaient, si rien n'était fait, des scénarii catastrophe, où la France serait envahie de médecins spécialistes soumis à une telle concurrence que l'inflation des prescriptions conduirait le pays à la faillite. Il y avait trop de médecins et tout le monde s'accordait sur ce point. C'est d'ailleurs ce qui a permis la mise en place de la réforme des études médicales de 1982, préparée par le gouvernement précédent, instaurant un internat de spécialité et déplaçant à l'échelon de l'Etat les décisions concernant les *numerus clausus* de chaque CHU. Trente plus tard et comme prévu, l'effet de ces décisions est clair et l'alarme change de couleur : on « manque » de médecins en France. Le *numerus clausus* et le concours qui va avec servent justement à cela.

Le « bon » nombre de médecins nécessaires en France est impossible à connaître et en général, les projections se basent sur deux données essentielles : les postes d'internes à pourvoir dans les hôpitaux et le nombre partant de praticiens. À partir de cela, on considère en déficit les zones où il y a moins de médecins que la moyenne et en surnombre ceux qui au contraire en ont plus. Ces projections s'opèrent « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire en considérant que la vie s'arrête le temps que les médecins fassent leurs études, ni plus ni moins. Autant dire que ces pros-

\*www.msh.univ-nantes.fr

pectives sont, non seulement abstraites, mais elles permettent de ne penser qu'à des chiffres au lieu d'observer l'évolution des comportements et des modes de vie des médecins et des patients, les évolutions économiques, les problèmes sociaux, les transformations des familles, etc. Au final, si les concours servent à réguler les flux démographiques, on peut dire aussi qu'ils servent à neutraliser toute réflexion sur les « besoins des populations » qui ne passe pas par une projection chiffrée de « l'offre », mais s'interroge sur le contenu et l'adaptation de celle-ci.

### Ceux qu'ils servent

Les concours servent les « meilleurs ». Ils permettent à ceux qui arrivent en tête de liste de « passer » au détriment des autres. La question est de savoir ce que « meilleur » veut dire, quelles valeurs sont ainsi activées et comment se fixe l'énoncé de la norme.

Au cœur de cette réflexion, il y a la notion, souvent usitée, de « critère ». De nombreux débats tournent autour de cette idée que les critères de sélection doivent permettre un repérage des individus les plus proches d'un médecin « idéal ». Or cela se passe rarement ainsi et mérite une analyse plus fine de l'opération de tri et de ses différentes étapes. Tout d'abord, même lors d'une sélection directe (par exemple lors du recrutement d'un salarié), le candidat retenu possède rarement la totalité des qualités inscrites dans l'offre d'emploi et parfois même son profil correspond peu à celui du candidat idéal. Ensuite, les concours en médecine procèdent de façon beaucoup plus complexe. En effet, recruter par concours n'est pas équivalent à une sélection sur dossier ou sur CV. L'argument dit démocratique est compris dans cette différence : on ne sélectionne pas a priori mais a posteriori, à l'issue d'une épreuve où, nous dit-on, les chances des candidats sont égales. Cette façon de procéder paraît plus juste et plus démocratique qu'un classement sur dossier ou un entretien avec les candidats, considérés comme trop aléatoires ou nominatifs. Ici, l'anonymat dans l'épreuve objective semble la garantie de l'équité.

En fait, ce mode de sélection est particulièrement pervers dans la mesure où il permet un recrutement très élitiste qui ne dit pas son nom, puisque les véritables critères de réussite sont masqués. Derrière ce qui est annoncé à travers des épreuves « neutres » et des corrections automatiques, il y a tout ce qui fait la différence et qui ne se passe pas à l'université : les cours privés, les soutiens familiaux, l'accès aux informations officieuses, les méthodes de travail, etc. De ce fait, l'écart entre les candidats ne se creuse pas dans l'épreuve elle-même, mais autour de l'épreuve, et selon des « critères » qui ne sont jamais dits.

Pour illustrer cela, on pourrait prendre l'exemple

de la course : l'épreuve est vue à travers les caractéristiques de la course (la distance, le terrain, les règles etc.) et non les conditions de chacun des partants (leur connaissance du terrain, leur capacité d'entraînement, leur équipement, etc.). Pourtant, c'est la concordance entre les qualités des candidats et les caractéristiques de la course qui sera déterminante pour le résultat. Comment pervertir le jeu ? Si l'on veut par exemple faire gagner des urbains habitués à s'entraîner en ville, on préfère faire une course sur du béton. Si en revanche, on veut favoriser les ruraux, on choisit de la faire en plein champ. La règle est la même et le critère retenu est toujours la rapidité, mais on modifie de fait les chances de chacun. La course sur béton va favoriser les urbains et produit le même classement que si l'on avait procédé à une sélection sur dossier en accordant des points supplémentaires aux habitants des villes. Seulement dans ce cas, il aurait fallu le dire clairement et l'effet n'aurait pas été le même.

Car un gagnant à une course devient un « vainqueur », il passe du côté des « élus » et non pas des « rescapés », ce qui ne produit pas le même ethos et ne contribue pas non plus au même type de cohésion collective. La sélection sur dossier fait endosser la responsabilité du tri aux seuls recruteurs, alors que celle sur concours fait porter à chaque individu le poids de son échec ou l'aura de sa réussite. Par les comportements qu'elle suscite, les règles qu'elle impose, les effets de son verdict, la première année de médecine n'est donc pas seulement une année de sélection, elle est aussi une année d'initiation, qui marque efficacement l'entrée dans la profession.

Il en est de même du concours d'internat, devenu les Epreuves Classantes Nationales (ECN) avec des règles différentes et une course qui s'apparente plus à du fond qu'à un sprint. Dans les deux cas, cependant, ceux que servent les concours ne sont pas forcément les plus rapides ou les plus endurants, mais les mieux placés au départ. Et c'est là que l'égalité des chances est discutable, car la quantité de travail fourni joue certes un rôle, mais celle-ci est aussi dépendante de la place occupée par les autres choses de la vie : se loger, se nourrir, se déplacer, se distraire, dormir, s'interroger, autant d'occupations considérées dans ce cas comme des « handicaps ». Autrement dit, et pour filer la métaphore, pour une même énergie produite, les moins « handicapés » arrivent nécessairement plus tôt et les plus « chargés » doivent fournir un effort plus important pour rester compétitifs.

Pour prendre un autre exemple, tout le monde a

« L'écart entre les candidats ne se creuse pas dans l'épreuve elle-même, mais autour de l'épreuve, et selon des "critères" qui ne sont jamais dits. »

.../...

« Ces concours servent aussi à une organisation sociale reposant sur la reproduction des élites. »

.../... bien remarqué que l'introduction des sciences humaines dans le programme du concours de première année ne donnait aucune chance supplémentaire de réussite aux sortants de bacs littéraires, bien au contraire. Le contenu en effet importe peu, c'est surtout la méthode qui compte et une certaine pratique d'apprentissage. Le « critère » n'est donc pas dans les matières enseignées, mais dans la façon dont les étudiants apprennent, et cette méthode n'est pas (ou rarement) apprise à la fac, à l'exception de quelques expériences de tutorat. Mais même ces expériences montrent avant tout que ce n'est pas le corps enseignant qui imprime sa pédagogie, celui-ci ne fait que remplir de connaissances brutes des contenants fournis par d'autres, c'est-à-dire dans les autres espaces sociaux que sont les circuits relationnels, les familles, les cours privés, etc. Les « meilleurs » sont alors, et c'est un des critères les plus décisifs des concours de première année, ceux qui sont les mieux pourvus dans l'ensemble de ces champs de la vie sociale. Le concours apparaît alors comme un dispositif « démocratique » organisant l'injustice, mais sous des formes indicibles.

#### Ceux à qui ils servent

Enfin, ces concours servent ces « meilleurs », mais ils servent aussi, plus généralement, à une organisation sociale reposant sur la reproduction de ses élites. Il faut ici parler des élites au pluriel, car il ne s'agit pas seulement de l'élite du corps médical, les choses sont beaucoup plus complexes que cela, puisque l'élite de la profession n'est justement pas toute la profession, mais seulement quelques-uns de ses membres. C'est aussi un dispositif d'Etat, totalement contrôlé par lui et donc un outil de la puissance publique, dont elle peut user selon ses propres orientations idéologiques et selon les évolutions économiques.

Ces concours contribuent ainsi à produire l'élite de la nation, en particulier en permettant (avec d'autres voies de l'enseignement supérieur) une régulation sociale des enfants issus des milieux les plus aisés. Nous avons constaté que pendant les années 80, alors que le *numerus clausus* baissait fortement et que la sélection devenait plus rude, les jeunes hommes issus des milieux les plus favorisés boudaient la médecine au profit des carrières industrielles, financières et commerciales. Ces milieux attractifs avaient alors besoin de cadres supplémentaires qui ont été recrutés dans les milieux les plus aisés économiquement et, en particulier, chez les hommes. Les femmes ont de ce fait renforcé leur présence en médecine, mais ce secteur ne s'est pas pour autant ouvert à d'autres catégories sociales. Ce mouvement est aussi venu

alimenter un discours d'auto-dévalorisation de la profession médicale y trouvant des preuves de la moindre rentabilité du métier et de son faible prestige social qui, en même temps, a soutenu les revendications financières<sup>1</sup>.

Assez curieusement, le concours joue comme un reflet (très déformant...) de la « valeur » de chaque candidat, mais aussi de l'ensemble des groupes qui y sont représentés et permet à tout moment d'étayer toutes sortes de plaintes, de craintes et d'entretenir un sentiment collectif de dépréciation. Chacun n'est-il pas (à l'exception du premier) toujours « en dessous » d'un autre ? Les hommes se sont donc éloignés de la médecine, mais les femmes qui s'y installaient déjà ont pris le relais de leurs frères et fiancés. Ce mouvement de féminisation<sup>2</sup> stagne, aujourd'hui, sans doute au regard d'une économie fragilisée et la féminisation des facultés de médecine n'augmente plus et est même, dans les facultés les plus élitistes, en régression. Cela montre que le concours de médecine s'intègre dans un système de régulation plus général des orientations d'étudiants de certaines catégories sociales en fonction des besoins de l'économie.

Enfin, il faut souligner que ces concours permettent d'instituer durablement une séparation nette entre les élus et les autres : ceux qui seront médecins ou non, ceux qui seront spécialistes ou non, etc. Tout autre système de recrutement autoriserait une souplesse que le concours ne permet pas, ce qui explique l'impossibilité d'instaurer des passerelles permettant des passages en cours de carrière entre les groupes, que ce soit entre les paramédicaux et les médecins ou entre spécialités médicales. Ce dispositif permet (sans le dire, ce qui est toujours plus efficace) de constituer tôt des collectifs aux segments hermétiques, fonctionnant par principe sur un mode classant favorisant une structuration hiérarchique du « corps », plus aisément pilotable par le haut. Ce système de recrutement permet de faire émerger une élite dans l'élite, susceptible de représenter l'ensemble de la profession et de s'associer aux autres « élites des élites » pour défendre leurs intérêts. L'effet des concours n'est donc pas seulement un effet à court terme, il fige les choses sur le long terme, pour les médecins, dans les rapports entre les médecins et les pouvoirs publics et pour les patients.

Faut-il alors supprimer les concours en médecine ? La proposition revient souvent, mais il faut aussi s'en méfier, car il ne suffirait pas de le faire pour en éliminer les effets que l'on jugerait néfastes. Il est en effet possible d'arriver au même résultat avec d'autres moyens. La question mérite d'être posée à la fois sur le fond et sur la forme. Sur la forme d'abord, il n'est pas utile de donner à une procédure de sélection une allure très standardisée pour

en assurer la cohérence et la logique. Au contraire, les meilleures sélections sont celles qui laissent le plus de souplesse et autorisent la diversité. Concernant les médecins, un recrutement plus ouvert sur des profils différents devrait faciliter les adaptations à des patients, à des modes de vie, à des pratiques soignantes diversifiées, et réduire les écarts tant géographiques que culturels entre les médecins et leurs patients. Sur le fond ensuite, supprimer les concours est sans doute si difficile parce

que cela implique d'ouvrir des débats. En supprimant la logique du rang et la légitimité qui lui est associée, l'indicible démocratique sur lequel repose la reproduction légitime des pouvoirs pourrait être révélé, dans toute sa dimension inégalitaire. Cela impliquerait aussi de faire des choix qui ne sont pas tant scientifiques ou pédagogiques que politiques, car il ne s'agit pas seulement de se demander quels médecins il faut sélectionner puis former, mais surtout : pour qui ? ■

■

1. Il faut néanmoins rappeler que le niveau de vie moyen des médecins se situe (toutes spécialités confondues, donc compte-tenu des disparités) dans la deuxième moitié des déciles concernant les revenus des français (ce qui peut se dire aussi : 95 % des français ont un niveau de vie inférieur à celui d'un médecin).
2. Dont il est toujours important de rappeler qu'il n'est pas dû à une réussite exceptionnelle des femmes au concours – car elles ont des taux d'échec plus importants que les hommes – mais à une diminution – d'abord relative puis absolue – du nombre d'hommes inscrits en première année.

# Inscription en fac

§ Formation initiale, Formation continue  
§ Médecin généraliste, médecine générale

**De la difficulté à s'inscrire en fac de médecine si on a eu un parcours atypique.**

**D**ébut du mois de mai :

« Allo, la scolarité de la faculté de médecine ?

– Oui, bonjour.

– Bonjour, je souhaiterais m'inscrire en faculté de médecine, pouvez-vous m'indiquer les démarches à suivre ?

– Bien sûr, vous pouvez venir chercher un dossier, que vous nous renvoyez, et votre demande sera examinée. »

Fin juin, les mêmes :

« Bonjour, je vous ai fait parvenir mon dossier d'inscription, et n'ai pas reçu de réponse, pouvez-vous me confirmer que mon inscription est prise en compte ?

– Euh, il faut que vous preniez rendez-vous avec le doyen. »

Chaque semaine de juillet, août et septembre :

« Bonjour, je souhaite un rendez-vous avec le doyen concernant une inscription en faculté de médecine.

– Ah oui ! Il faut que vous rappeliez plus tard. »

La dernière semaine de septembre, le même scénario s'est reproduit avec une réponse me conseillant de rappeler l'après-midi, à 14 heures. J'habitais alors à 80 kilomètres de la fac et travaillais en atelier. Au lieu de rappeler à 14 heures, je me suis directement rendu à la faculté, dans le bureau de la secrétaire du doyen et lui ai affirmé que j'avais rendez-vous avec celui-ci. Elle regarda sur l'agenda et n'y vit pas l'ombre d'un rendez-vous. Il fallut que j'insiste, en lui demandant d'aller vérifier

auprès du doyen, ce qu'elle s'em- **Jean-Louis Gross,**  
pressa de faire... Plus moyen de me médecin généraliste  
dire qu'il était absent, plus moyen  
d'échapper au constat que je cher-  
chais à le joindre depuis plusieurs semaines. Je ne  
suis pas sûr qu'il fût très content de me recevoir...  
Un menuisier, avec un bac vieux de dix ans,  
aucune chance. Il me fit passer un véritable inter-  
rogatoire, m'obligeant à mentir avec une conviction  
frôlant la sincérité. Je lui fis le numéro des  
obligations familiales me forçant à travailler après  
le bac, puis du regret de ne pas avoir fait « Ma  
Médecine » et de l'opportunité, dix ans après, de  
recommencer une nouvelle vie. Pas moyen de lui  
expliquer le refus absolu de cette société qu'il  
incarnait si bien. Pas moyen de lui expliquer que  
retourner à la fac était un outil pour ne pas subir  
l'exploitation que les siens infligent à l'ensemble  
des ouvriers. Pas moyen de lui expliquer que l'ac-  
cès au savoir ne doit pas être réservé aux exploi-  
teurs, mais doit aussi être un outil de lutte sociale.  
Ce pauvre vieil homme, imbu de lui-même, a clos  
l'entretien en considérant qu'il pouvait me don-  
ner ma chance, après m'avoir seriné un bon quart  
d'heure que cela ne servait à rien, que je courais  
directement à l'échec. Il est effarant de constater  
à quel point les responsables hospitalo-universi-  
taires ne connaissent rien de la vie et ont un regard  
étroit sur leur monde. Chacun devrait aller travail-  
ler, en usine, dans les champs, à l'atelier avant de  
prétendre à une quelconque responsabilité. ■

# Personne ne me remplacera

§Santé publique  
§Formation initiale, Formation continue  
§Médecin généraliste, médecine généraliste

**Participer activement à la formation des jeunes médecins et ne trouver personne pour prendre sa succession, un paradoxe dont les pouvoirs publics sont responsables.**

**Christian Bonnaud,** médecin généraliste, 60 ans, et parce que j'ai envie de travailler moins encore pendant quelques années, je vais dévisser ma plaque de médecin généraliste, fixée il y aura à ce moment-là trente-deux ans. Ce changement d'activité n'aurait pas posé de problème au niveau du suivi des patients, si nos gouvernants n'avaient pas limité le nombre de médecins formés.

Je n'aurai pas de successeur dans mon cabinet et comme nous travaillons en groupe de deux et à temps partiel chacun, ce qui nous permet de couvrir la semaine entière, le cabinet médical va se fermer et ma collègue va essayer de trouver une association dans le secteur pour pouvoir continuer à travailler à temps partiel, ce qui n'est pas gagné. On est là, face à un gâchis énorme. Au sein de cette profession, je me suis engagé dans la formation continue d'abord, puis ensuite dans la formation initiale. De jeunes médecins, en 3<sup>e</sup> cycle, fréquentent régulièrement le cabinet et travaillent seuls auprès des patients sous notre supervision. Ces jeunes médecins sont vivement intéressés par notre approche de la maladie et des malades. Ils sont aussi très motivés par notre type d'organisation de travail. Cela permet la permanence de soins au cabinet, et cela laisse à chacun de nous du temps libre disponible. Je pense que d'assez nombreux médecins généralistes se sont investis comme moi dans l'amélioration du métier, dans sa promotion auprès des jeunes, en donnant une image positive qui ne masque pas la réalité du quotidien.

En ouvrant le cabinet aux jeunes, j'ai le sentiment d'avoir participé à l'ouverture et à la progression du métier de médecin généraliste. Ces jeunes, le plus souvent des femmes, habitant le plus souvent en ville, préfèrent pour des raisons familiales travailler en ville ou dans la proximité de celles-ci.

Me voilà donc dans un paradoxe : j'ai participé le plus activement que je le peux à la formation

des jeunes médecins, à la découverte du métier, et cela a créé une dynamique certaine au sein du cabinet médical. La supervision et l'échange permanent avec ces jeunes médecins sont effectivement très formateurs pour le jeune médecin, mais aussi pour moi. Et demain, silence, fermeture des locaux, arrêt des activités... et de nombreuses personnes seront orphelines de médecin généraliste.

L'hôpital, qui n'arrive pas à avoir suffisamment de spécialistes, embauche des médecins généralistes, avec des statuts non pérennes, mais l'emploi est salarié et les horaires plus adaptés au quotidien de ces jeunes médecins.

Aux consultant(e)s qui me demandent ce qu'il en sera pour eux demain, j'ai tendance à les renvoyer vers leurs représentants élus. Mais nos maires sont souvent désorientés, face à une demande qui ne rentre pas directement dans leurs attributions. Certains investissent dans l'immobilier et se retrouvent souvent avec des bâtiments vides, d'autres hésitent ne facilitant pas, à ce moment-là, parfois l'installation de jeunes médecins. D'autres font appel à des officines pour installer, avec plus ou moins de bonheur, des médecins étrangers. Tout cela ressemble fort à du bricolage et ne peut faire un système de santé.

Bref, la médecine générale se meurt, l'enseigner ne peut servir à quelque chose que s'il existe des possibilités d'insertion professionnelle et une couverture de l'ensemble du territoire. L'Ordre des médecins se désole, fait des études et puis...

Les syndicats médicaux traditionnels s'arc-boutent sur la médecine libérale, refusent la présence de syndicats de jeunes médecins lors des négociations conventionnelles.

J'oserais dire que les pouvoirs publics ont voulu cette diminution des professionnels, alors, qu'ils en assument les conséquences.

L'avenir sur ces territoires désertés par les médecins ne serait-il pas de proposer d'autres modes d'exercice pour les professionnels ? Chiche. ■

« L'hôpital, qui n'arrive pas à avoir suffisamment de spécialistes, embauche des médecins généralistes, avec des statuts non pérennes. »



# PACES : retour sur une réforme baclée

**Depuis la rentrée universitaire 2010, la Première Année Commune des Etudes de Santé est l'étape indispensable pour suivre des études de pharmacie, maïeutique, odontologie, ou médecine. Qu'apporte-t-elle ?**

## **Stéphane Bouxom, Pourquoi cette réforme ?**

étudiant en quatrième année de médecine, Faculté de médecine et de maïeutique Lyon Sud-Charles Mérieux,

**Youna Cloarec,** vice-présidente en charge des études médicales de l'ANEMF

L'un des premiers buts affichés est l'harmonisation avec les autres filières de l'enseignement supérieur et de la recherche en France et en Europe. Selon le schéma Licence Master Doctorat dans les études de santé, à l'instar des études en soins infirmiers. Avec l'objectif d'instaurer une culture commune entre les futurs professionnels de santé. Créer des enseignements communs afin que des liens culturels et humains se nouent entre les acteurs de la santé de demain. Enfin, la volonté, claironnée par madame Péresse, alors ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, de diminuer le gâchis humain du taux d'échec en première année. Les étudiants n'ayant statistiquement aucune chance de réussir seront réorientés dès la fin du premier semestre ; l'offre de réorientation et les services de tutorat devront être renforcés.

« Le climat de compétition permanent instauré par le concours ne favorise pas l'ouverture d'esprit. »

## **Quels changements ?**

La Première Année Commune des Etudes de Santé ou PACES crée une année soldée par quatre concours permettant d'accéder aux études de pharmacie, maïeutique, odontologie et médecine. Elle regroupe les premières années de pharmacie, la PCEPI, et de médecine, la PCEMI. Au premier semestre, les étudiants suivent un tronc commun d'enseignement. Un premier concours a lieu en milieu d'année. Il y a un classement général et les étudiants classés dans les quinze derniers pour cent doivent se réorienter. Les autres choisissent le ou les concours qu'ils souhaitent présenter et s'inscrivent aux unités d'enseignements (UE) correspondantes, en plus d'un tronc commun au second semestre. Un étudiant peut présenter les quatre concours, mais leur préparation implique plus de travail donc moins de temps pour chacun. Une partie des cours des « UE spécifiques » peut être commune à deux filières. Par exemple, l'UE « Anatomie du petit bassin », commune aux concours de médecine et de maïeu-

tique, rend plus facile la préparation des deux concours. A la fin du second semestre, les résultats aux épreuves des deux sessions établissent un classement par filière. Les étudiants classés en rang utile, dans la limite des places disponibles – numerus clausus –, peuvent suivre les études correspondant au concours qu'ils ont réussi. On peut s'inscrire en PACES deux, voire trois fois en cas de circonstances exceptionnelles. Mais les étudiants « primants » classés au-delà de 2,5 à 3 fois le numerus clausus – selon les universités – doivent valider deux années de licence avant de se réinscrire en PACES.

## **Un mauvais départ**

Bien qu'il soit un peu tôt pour tirer des conclusions, des éléments de cette réforme sont déjà critiquables. Sur le plan de la culture commune, les enseignements mutualisés ne semblent pas avoir favorisé un rapprochement entre les différentes filières. La collaboration est difficile entre enseignants de médecine et de pharmacie. Le climat de compétition permanent instauré par le concours ne favorise pas l'ouverture d'esprit. Il y a une condensation du contenu pédagogique. Car la réorientation anticipée en fin de premier semestre oblige à la parution des résultats avant le début du second semestre. Les épreuves du concours doivent donc se tenir relativement tôt, le premier semestre ne dure plus qu'une douzaine de semaines, de mi septembre à début décembre. La période d'enseignement a été réduite, le nombre d'heures de cours hebdomadaire a augmenté. Le programme, mêlant des notions des anciennes premières années de pharmacie et de médecine, est plus dense. Pour compenser, le contenu des cours aurait pu être revu. Une simple addition a trop souvent été réalisée. Moins de temps et plus de contenu. Les bons élèves du lycée, avec une bonne méthode de travail dès le départ, tirent leur épingle du jeu. Ceux qui mettent plus de temps à s'adapter au monde de l'université, et parfois à un nouveau logement et une nouvelle ville, boivent la tasse pour les plus chanceux ou coulent. Ce phénomène existait déjà, on craint qu'il ne s'aggrave.

La PACES semble avoir accéléré le recours aux nouvelles technologies d'enseignement. Les DVD de cours apparaissent. Les étudiants de Grenoble semblent relativement satisfaits de ce dispositif, car il s'accompagne de nombreux travaux dirigés organisés par petits groupes d'étudiants. Dans d'autres facultés, les enseignements numériques se multiplient sans les travaux dirigés... On assiste parfois à la projection de cours numériques en amphithéâtre, à la place du professeur. La PACES n'est pas directement à l'origine de cette pratique deshumanisante, mais cela s'accélère et ce n'est pas une avancée pédagogique !

Les passerelles de réorientation tardent à se mettre en place. La PACES comporte deux moments-clés où un certain nombre d'étudiants doivent se réorienter vers une autre filière : à la fin de l'année pour ceux qui n'ont pas le droit de réessayer la première année et, fait nouveau, à la fin du premier semestre pour 15 %.

Les universités ont jusqu'à l'année 2012-2013 pour mettre en place les mesures de réorientation, peu d'entre elles ont anticipé. Pilote, l'Université de Bretagne Occidentale propose une offre variée de filières pour tous les étudiants voulant ou devant se réorienter dès la fin du premier semestre. Ils intègrent une autre filière en second semestre aménagé et « rattrapent » ainsi leur retard. Le succès est tel que certains étudiants choisissent volontairement de se réorienter, bien que ne faisant pas partie des 15 % exclus. Ce serait une réussite si toutes les universités suivaient l'exemple. La Conférence des Présidents d'Universités a mis en place un groupe de travail afin d'établir un référentiel des bonnes pratiques en la matière. Mais, avec l'autonomie des universités, leur application est soumise à la bonne volonté de chaque université. A l'heure actuelle, on peut douter que les passerelles de réorientation permettent la limitation du « gâchis humain »...

### Les étudiants s'entraident

Des systèmes de tutorat existent dans toutes les facultés. C'est un dispositif gratuit ou à très bas coût, organisé par la faculté, l'association étudiante de la faculté ou les deux. Les services proposés sont variables, mais les tuteurs sont tous des étudiants volontaires, parfois rémunérés par l'université, le plus souvent bénévoles. Ils proposent une préparation au concours par des entraînements réguliers, ou « colles », et des concours blancs. Parfois une semaine de rentrée, comme à Nancy ou à Strasbourg. Ou un concours blanc rédigé par les enseignants comme à Lyon Sud ou encore des séances de méthodologie, à Lyon Est.

**« La mise sous pression des étudiants a monté d'un cran, l'intérêt pédagogique est contestable, les effets escomptés n'arrivent pas. »**

Le tutorat est la seule alternative aux instituts de préparation privés vendant des services similaires à des prix exorbitants. Pour les associations fédérées au sein de l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France, le développement des tutorats est un enjeu majeur dans la lutte pour l'égalité des chances. Les effets sont nets. A Toulouse, le développement de l'association de tutorat par des étudiants de deuxième et

troisième années a entraîné, l'année suivante, une baisse significative de la fréquentation des « prépas », appelées aussi « écuries » ou « boîtes à colles ». Dans de plus en plus de facultés, il est possible de réussir sans « prépas privées ». L'ANEMF défend un autre projet : les forums des métiers de la santé. L'association étudiante locale organise des forums où étudiants en médecine rencontrent professionnels et étudiants des métiers de la santé, et d'autres filières. Ainsi, les étudiants qui y seraient contraints peuvent se réorienter de façon éclairée, en ayant eu un maximum d'informations, et non par défaut comme c'est trop souvent le cas.

### Un bilan mitigé

La mise sous pression des étudiants est monté d'un cran, l'intérêt pédagogique est contestable, les effets escomptés n'arrivent pas. Mais d'un point de vue mathématique, un autre bilan peut être tiré. Le pourcentage d'étudiants réussissant du premier coup va augmenter. Avec les réorientations, le nombre de redoublants dans les amphis devrait baisser. Il n'y aura plus, ou beaucoup moins, d'étudiants n'ayant validé aucune année dans le supérieur après un bac plus quatre, comme les étudiants qui échouaient au concours de pharmacie après avoir échoué au concours de médecine. Les choix par défaut d'une filière devraient diminuer, puisque les étudiants ne pourront choisir une formation dont ils n'ont pas présenté le concours.

La préparation à la hâte de cette réforme, dont l'application a été reportée d'un an sous la pression des associations et syndicats d'étudiants, en est peut être la cause. Des évolutions restent possibles avec une meilleure information au lycéen sur son orientation, la mise en place de vraies passerelles de réorientation, une réflexion des enseignants sur le contenu et la forme pédagogique des cours... Mais quelle qu'elle soit, une première année d'études de santé ne pourra être cohérente et efficace sans une réflexion ambitieuse sur les soignants que nous souhaitons pour demain, la façon de les choisir et de les former. ■

# Apprendre tout sans comprendre tout

**La première année de médecine nouvelle mouture comporte une sélection dès le premier semestre. Comment les étudiants gèrent-ils le stress de cette première année et qu'en pensent-ils ?**

Entretien avec  
**Sander Schlafer**,  
étudiant en médecine  
en 2<sup>e</sup> année,  
université Paris Diderot-Paris 7.  
Propos recueillis par  
**Martine Lalande**

**Pratiques : Est-ce stressant d'être sélectionné en un semestre sur les matières fondamentales ?**

**Sander Schlafer :** Le premier semestre a été le plus difficile. D'abord à cause de la différence avec le lycée. On se retrouve tout seul parmi tant d'autres sans vraiment savoir où poser nos questions. On est perdu, un peu comme dans une usine, avec les grands amphithéâ-

tres, tout le monde vient, prend ses cours puis repart. La première fois qu'on arrive à la fac, on est impressionné par le nombre de vigiles qui surveillent qu'aucun étudiant ne ramène d'œufs ou de farine. Ensuite, on est étonné que le voisin de devant détienne le soi-disant nouveau cours. On se dit pour se rassurer que c'est un doublant<sup>1</sup> et on note idiotement tout ce qui est dit tandis que ce même voisin parle tranquillement (un peu fort) avec son voisin. Les doublants sont d'étranges animaux qui poussent des cris, mais ils ne sont pas aussi méchants que les rumeurs le disent. Ils ne vous volent pas vos cours quand vous avez le dos tourné... Mais c'est le tutorat<sup>2</sup> qui nous apprend que les cours sont sur Internet, les professeurs le rappellent rarement. On ne sait pas comment travailler, donc on apprend tout sans comprendre tout. Et il y a des informations qui se contredisent ou ne sont pas remises à jour. Heureusement, je suis entré à la fac avec des amies, nous formions un petit groupe de quatre sur qui je pouvais compter. Je pense que c'est ce qui m'a fait supporter le premier et le deuxième semestre, seul j'aurais sûrement abandonné. Etre sélectionné sur les matières fondamentales ne m'a pas trop stressé, mais plutôt les conditions de sélection. Les QCM<sup>3</sup> et le par cœur. Le fait que les QCM soient basées sur les moindres petits détails me faisait trembler de peur. Quelqu'un peut bien connaître les questions des années précédentes et tout réussir sans n'y avoir rien compris.

**Comment fait-on le choix du concours<sup>4</sup> que l'on veut passer au second semestre ?**

En ce qui me concerne, je n'ai choisi que médecine. Le choix se fait après connaissance du classement du premier semestre. Il y a un classement pour chaque concours. Cela n'indique pas forcément la meilleure voie à prendre. Par exemple, si au premier semestre je suis 388<sup>e</sup> en maïeutique et que je veux choisir maïeutique, rien ne me dit si les 387 devant moi vont ou pas choisir maïeutique, ce qui change complètement la donne quand il n'y a que dix-sept places. Choisir plusieurs concours peut toujours se faire. Mais cela veut dire plus d'heures de cours et plus d'heures de travail. En choisissant seulement médecine, j'avais un mois et demi pour préparer le concours. Si j'avais pris un autre concours, j'aurais eu huit heures de cours en plus sans compter le travail des QCM et autres. Mes amis primants qui ont pris deux concours seulement en ont vite laissé un de côté. Par contre, les doublants, s'ils sont bien classés, comme ils ont les cours de l'année précédente, peuvent techniquement faire les deux. Il serait intéressant de regarder la part de doublants dans les concours d'odontologie, maïeutique et pharmacie par rapport à ceux de médecine.

« L'épistémologie et l'éthique restent des matières où il faut réfléchir, écrire en français et non remplir des cases comme un robot. »

Je pense que le contenu d'un point de vue théorique est bon. Mais le concours fait qu'il y a vraiment beaucoup de choses à apprendre par cœur sans vraiment comprendre. Connaître toutes les enzymes qui ont des noms plus barbares les uns que les autres et nous piéger sur une lettre qui change me donne l'impression que la compréhension du cours dans certains cas ne sert strictement à rien. La question pourrait être aussi : « Quel est le titre de la diapo 34 dans le cours de Mr X ? » J'exagère, bien entendu, mais mes amis et moi avons ressenti les QCM comme cela.

**Que penses-tu du contenu de la formation ? De la place des sciences humaines ?**

Les sciences humaines à Paris 7 font l'objet d'une

UE<sup>5</sup>. Elle comprend épistémologie, éthique, psycho, et SES<sup>6</sup>. Je suis content qu'à Paris 7, l'épistémologie et l'éthique restent des matières où il faut réfléchir, écrire en français et non remplir des cases comme un robot. Mais une heure pour écrire une dissertation sur l'évolution de l'hygiène, c'est trop court. C'étaient deux matières avec lesquelles je prenais plaisir à apprendre. Tout le monde n'est pas de mon avis. La psycho n'est que du par cœur, ce qui rend les choses parfois inintéressantes.

### Comment vois-tu le métier de médecin généraliste ?

Le médecin généraliste est pour moi celui qui fait

la médecine des malades et non des maladies. Le spécialiste peut très bien soigner la maladie et non le malade. Le spécialiste (pas tous heureusement) se focalise sur une petite partie de la médecine, alors que pour moi, le médecin généraliste qui ne connaît pas tout, et c'est normal, est au cœur de l'entretien relationnel. Il soigne la petite folie de tous les jours ou aide le malade dans sa maladie à trouver un traitement qui lui convient et dans la pratique de tous les jours. Mon point de vue est sûrement biaisé par l'influence de mon père, je sais que par exemple pour deux de mes amis, médecin généraliste est le bas de l'échelle de la médecine. ■

- 1. Etudiant qui redouble sa première année, ce qui était particulier cette année car une réforme a changé les modalités de la première année : voir l'article page 18 de l'ANEMF.  
Primant : étudiant qui s'inscrit pour la première fois en première année.
- 2. Etudiants de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année qui conseillent les étudiants de première année et proposent des concours blanc gratuits (aussi bien, voire mieux, que ceux des prépas payantes) et des travaux dirigés où l'on peut poser toutes les questions que l'on veut.
- 3. Questions à choix multiple : pour chaque question, on coche la ou les cases des réponses proposées. Certains s'entraînent à la déduction statistique des bonnes réponses.
- 4. A l'issue du premier semestre, 15 % des étudiants les plus mal classés sont éliminés, les autres choisissent de passer un ou plusieurs des quatre concours : médecine, odontologie (dentaire), pharmacie, maïeutique (sage-femme).
- 5. Unité d'enseignement. Il y a 8 UE : biochimie, chimie et chimie organique ; biologie cellulaire, embryologie et histologie ; physique, biophysique et de la physiologie mélangée à de la biophysique ; biostatistique ; anatomie ; médicament ; épistémologie, éthiques et sciences humaines et sociales ; spécialité avec un tronc commun.
- 6. Sciences économiques et sociales (ex. qu'est-ce que le taux de mortalité et de combien est-il en France, le glissement de l'exclusion sociale, les différents minima sociaux ou encore l'évolution du cancer et des maladies cardiovasculaires...).

## Qui apprend à qui ?

§ Formation initiale, Formation continue

■ **Martine Lalande**, médecin généraliste

Parfois Rémi s'ennuie dans son stage d'orthopédie. Il est en 4<sup>e</sup> année de médecine, et, après le staff du matin, quand il a fini ses dossiers et commandé les examens, les internes et les chefs sont au bloc, il n'a plus rien à faire. « Alors je m'occupe des P2. » Ce sont les étudiants de 2<sup>e</sup> année, en stage de sémiologie, qui viennent apprendre à faire une observation et un examen clinique. « Je leur fais faire l'interrogatoire : antécédents, mode de vie, histoire de la maladie. Et l'examen clinique, comme je le fais. » Au fait et lui, qui le lui a appris... ? Il s'amuse à leur poser des problèmes, pour discuter : « Je leur parle seulement de ce que je sais, et s'ils posent une question difficile, je leur dis qu'on demandera à l'interne... » Quand il me raconte ce passe-temps, je me demande : mais qui apprend à qui à l'hôpital ? Cela ne me semble pas avoir beaucoup évolué depuis mon ancien temps... Rapide enquête auprès de Cécile, « mon » externe (étudiante de cinquième année en stage dans mon cabinet) : on apprend parfois avec l'interne – s'il a le temps et le goût d'enseigner –, parfois avec le chef de clinique – dont c'est le travail, mais il n'a pas toujours le temps –, et selon les services : l'examen neurologique en neurologie, l'auscultation en cardiologie... Mais quand apprend-on à entrer en contact avec les patients ? Rémi : « Ce qui est difficile, c'est de trouver le bon malade : il faut qu'il comprenne le français, qu'il ait toute sa tête, qu'il ait un certain âge pour avoir déjà eu des histoires médicales pour que ce soit intéressant, et qu'il soit d'accord »... ■

# Esprit critique es-tu là ?

**Comment concilier l'envie d'apprendre intelligemment et les nécessités de la course à l'examen ?**

Entretien avec  
**Rémi Gremaud**,  
 étudiant en  
 médecine en 4<sup>e</sup>  
 année (faculté  
 Bobigny, Paris 13)  
 Propos recueillis par  
**Martine Lalande**

**Pratiques : Pourquoi ne veux-tu pas lire la revue Prescrire avant l'examen classant de sixième année ?**

**Rémi Gremaud** : L'ECN<sup>1</sup> est un formatage basé sur des informations qui ne sont pas forcément très critiques. Mais c'est ce qui va déterminer le métier que l'on va faire. Pour l'exercice intellectuel, c'est bien de lire *Prescrire*<sup>2</sup>, pour l'ECN cela peut desservir. Certaines critiques formulées dans *Prescrire* ne sont pas reconnues dans l'enseignement, en particulier les indications des médicaments. La caution scientifique de l'ECN ce sont les recommandations de la Haute Autorité de Santé<sup>3</sup>.

**Quelle place pour les sciences humaines dans ces études ?**

En 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année, il y a des cours de santé publique et d'éthique. Mais ils sont moins valorisés que les autres matières et pas vraiment intégrés à ce qu'on nous demande de connaître. Connaître l'histoire de la médecine, les inégalités de santé dans le monde et en France, les différents systèmes de sécurité sociale, en France et en Angleterre... devrait être le minimum indispensable pour être médecin. A l'ECN, il peut y avoir des questions comme l'annonce d'un diagnostic difficile, le secret médical... c'est assez bateau. Ce serait intéressant, pour de futurs médecins, de pouvoir réfléchir à des cours au-delà de la médecine, de sociologie ou psychologie, mais on n'a pas le temps.

**Et l'esprit critique ?**

La plupart des étudiants que je connais savent qu'on nous fait apprendre bêtement. Mais l'esprit critique n'est pas un avantage pour réussir. Si on se pose des questions, on ne peut plus apprendre par cœur. Je me dis que je me ferai une opinion plus tard, quand je serai interne. L'expérience des stages permet de voir la différence entre la pratique et ce qu'on apprend. Parfois, on se demande pourquoi le chef a présenté la chose comme ça, par exemple une annonce de diagnostic. Il y a des choses que l'on apprend et qui ne sont pas prises en compte. Un copain, aux urgences, a voulu rechercher les critères qui justifient une radio pour chercher une fracture dans l'entorse de la cheville, car on venait de les apprendre ; le chef lui a dit : « Qu'est-ce que tu fais ? Envoie-le à la radio ! » On se demande à quoi ça sert d'appren-

dre la clinique si d'autres critères font la décision. On est formaté même pour l'annonce d'un diagnostic difficile, qui est quelque chose d'humain, particulier à chaque situation. Ce qui sera reconnu à l'ECN est standardisé : l'annonce doit être « claire, loyale, adaptée, par un soignant que le patient connaît »... Ce qui ne veut rien dire dans la réalité.

**Que penses-tu du métier de généraliste ?**

Même parmi les premiers de la promo, qui pourront choisir une spécialité, certains disent qu'il ne faut pas dénigrer le métier de médecin généraliste qui peut être très enrichissant, car beaucoup plus varié que les spécialités. Beaucoup d'étudiants trouvent dommage que pour les professeurs et dans un esprit général à la fac, la médecine générale soit le dernier choix. On se dit qu'on ne se laissera pas influencer, mais on sait que la plupart de ceux qui seront bien placés choisiront une spécialité. Même si ce n'est pas clair que la médecine générale ne leur plairait pas plus. Certains professeurs nous disent qu'on a besoin des généralistes, que ce sont les premiers à voir les patients. D'autres disent : « Si vous ratez l'ECN, vous serez médecin généraliste dans la Creuse » et si vous dites que vous voulez faire médecine générale, ils disent : « Il faudrait avoir un peu plus d'ambition ». A Bobigny, on est moins bien classés à l'ECN que les autres facultés parisiennes. Sur 150, 25 à 30 pourront choisir des spécialités autres que santé publique, médecine du travail, psychiatrie ou médecine générale. Beaucoup deviendront généralistes, cela biaise le discours sur la médecine générale.

**Feras-tu un stage en médecine générale au deuxième cycle ?**

A Bobigny, en 5<sup>e</sup> année, il y a sept places chaque trimestre en stage de médecine générale, vingt-huit places par an pour cent cinquante étudiants, dont quatre-vingt-dix seront médecins généralistes. Les stages sont souvent loin de la fac, il faut s'organiser. Et on se retrouve seul, alors qu'à l'hôpital on est plusieurs par service. Ça doit être intéressant de voir la différence avec l'hôpital, la prise en charge, le côté social, humain, qui doit être plus présent. Traiter la non-maladie, le suivi au long cours... Mais c'est compliqué de s'imaginer un rôle en stage de médecine générale. A l'hôpi-

tal, les gens sont là toute la journée, dans une atmosphère médicale, c'est facile d'aller les voir, de prendre le temps qu'il faut. Dans une consultation en ville, c'est court, il faut prendre des décisions plus vite. Ce stage devrait être obligatoire vu

le pourcentage de ceux qui deviendront généralistes, et ce n'est pas normal que les spécialistes n'aient pas vu comment cela se passe en médecine générale ni comment on prend en charge un patient en ville. —

■

1. Examen classant national, version moderne du concours de l'internat, qui classe les étudiants à l'issue de la 6<sup>e</sup> année, de 1 à 7 000, et détermine le choix de la spécialité et des stages.
2. La revue *Prescrire* est une revue de formation indépendante, à destination des soignants, principalement médecins et pharmaciens, qui commente les médicaments et les démarches thérapeutiques en étant très critique sur les intérêts des laboratoires pharmaceutiques. La revue *Prescrire* critique aussi les recommandations de la Haute Autorité de Santé.
3. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé sont des références de pratiques et de thérapeutique émises par cette instance réunissant des experts mandatés par le gouvernement, mais pas exempts de conflits d'intérêt.

# Pas de deuxième chance

**Ce récit d'une étudiante souhaitant être médecin et empêchée de redoubler sa première année semble incroyable et pourtant... c'est la réalité <sup>1</sup>. §Formation initiale, Formation continue**

On entend partout que l'on manque de professionnels de santé, que la relève ne sera peut-être pas assurée, et en effet les nouvelles réformes ne nous y aident pas.

Depuis toute jeune, je veux soigner, j'aime m'occuper des autres, je souhaite les aider à aller mieux. Alors évidemment, mon avenir je le voyais dans le milieu médical : médecin généraliste ou pédiatre ou même sage-femme, je ne savais pas encore très bien et je m'étais dit que je choisirais plus tard ; tout d'abord, il fallait passer la première année : cette première année ouvrant les portes des différentes professions médicales et réputée très dure par la sélection du concours.

Alors, après avoir obtenu mon baccalauréat scientifique, je m'inscris à la fac, à l'UFR (Unité de Formation et de recherche) de médecine Paris Diderot. L'ambiance en amphithéâtre me paraît meilleure que ce qu'on m'en avait dit (pas de bizutage, de vol de cours...), mais au fur et à mesure des semaines, je me rends compte que la réputation de difficulté est encore en dessous de la réalité : toutes ces choses à apprendre avec une grande partie qui ne servira qu'à faire un tri parmi les étudiants. On finit par se dire : « Ce n'est pas grave, j'emmagasine le plus de choses possibles et l'année prochaine, quand je redoublerai, je serai prête ». On travaille beaucoup, jusqu'à en perdre l'intérêt qu'on portait à la médecine : il faut connaître le cours par cœur ; s'y intéresser, c'est secondaire.

Cependant, on était bien loin du compte ; eh oui, en janvier, un petit mot est accroché sur le panneau d'affi-

chage : « Les étudiants de PACES (Première Année Commune aux Etudes de Santé) classés à l'issue du concours, au-delà du 1 105<sup>e</sup> rang (nous étions 2 200 dans ma fac) se verront réorientés. » Là, il fallait com-

prendre que non seulement c'était très dur de passer en deuxième année, mais qu'à partir de cet instant, il allait falloir se battre pour pouvoir avoir une deuxième chance.

J'ai beaucoup travaillé mes partiels, mais tout de même pas suffisamment puisque j'ai été classée 1 200 et 1 400. Aujourd'hui, la fac de médecine m'a fermé ses portes. Pour redoubler ma première année, il faudrait d'abord que je valide 60 ECTS « crédits d'enseignement » que j'obtiendrais en réussissant une année dans un autre type d'établissement conduisant au grade de licence (fac de biologie, d'économie...), puis me réinscrire à l'UFR de médecine en PACES avec le droit à une année seulement. Sinon, je pourrais choisir une formation paramédicale, mais ce choix est limité puisque la nouvelle législation a regroupé aussi dans la PACES les filières pharmacie, odontologie, maïeutique.

Je refuse de renoncer à être soignante, alors pour ne pas perdre un an dans un autre établissement avant de retenter la première année de médecine, j'ai décidé de partir en Belgique où je vais, si mon dossier est accepté, faire des études de sage-femme. —

■

1. Cf. l'article sur la « Première Année Commune aux Etudes de Santé », p. 18.

# Malaise dans les études de médecine

**Angoisse, incompréhensions, manque de considération et d'humanité : bienvenue dans l'univers d'une étudiante en médecine désillusionnée.**

**Auriane Marzouk,** Je termine ma 3<sup>e</sup> année de médecine, je étudiante en 3<sup>e</sup> année retrace mes années d'études avec un regard de médecine critique, vois l'avenir avec une certaine appréhension.

Je ne garde pas de si mauvais souvenirs du concours de première année que j'ai dû passer deux fois. C'est une période où j'étais dans une bulle. L'objectif n'était pas de devenir médecin, mais de réussir le concours. J'insiste sur cette nuance, car il n'est pas laissé de temps pour se demander si ce qu'on apprend nous intéresse. De toute façon, plus tard, ça sera mieux ? Je devenais alors une tête en physique chimie, en mathématiques, en mémorisation irréfléchie de sciences humaines et sociales,

mais je ne savais toujours pas ce qu'était le soin et, pire, je ne me posais pas la question. Cette sélection mène à ce que les esprits les plus scientifiques d'entre nous puissent devenir médecins.

Les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années d'études correspondent à une première approche de la médecine, sans réellement voir ce qu'elle est : un stage infirmier de trois semaines et des stages de sémiologie de qualité variable en fonction de l'encadrement. On porte les murs des services, on photocopie, on rencontre nos premiers patients, on rédige des observations médicales et on observe la pratique du chef de clinique assistant (CCA), des internes, des externes et le fonctionnement général de la structure hospitalière. C'est alors que, progressivement, j'ai senti une certaine insatisfaction face à mes propres choix. Ces médecins étaient exactement ce que je ne voulais pas devenir, mais je ne savais pas réellement pourquoi. Il y avait ce manque d'humanité dans les relations médecins-patients et entre les professionnels de soin, un manque de considération, de reconnaissance de l'existence de l'autre. Mes co-stagiaires et moi étions invisibles. On parle de thrombose de couloir. Des obstacles à la fluidité du travail que l'on ne perçoit qu'en cas de complication. La pratique des médecins me semblait mécanique, protocolaire. J'ai été face à de nombreuses incompréhensions, des malaises, des conflits de valeurs

qui me font aujourd'hui qualifier l'hôpital d'usine industrielle ambitieuse et orgueilleuse, cherchant non plus à soigner mais à guérir.

Quant à l'apprentissage théorique, il a pour objectif la réussite des partiels et surtout de l'examen classant national (ECN). Les professeurs nous suggèrent souvent de retenir certains détails, car ils seront dans les sujets d'examens. Je me demande : quand apprendrons-nous pour être de bons médecins ? Cela plonge de nombreux étudiants dans un apprentissage si mécanique, qu'ils deviennent capables d'apprendre par cœur les QCM des années précédentes sans rien comprendre. Qu'importe puisque cela permet de valider ?

Pourquoi nos études sont-elles si éloignées de la réflexion éthique, alors que le métier nous amène à pénétrer l'intimité du patient, à aborder avec lui la souffrance, le sens de sa maladie, de la mort ? Nous ne recevons pas les outils nécessaires à la prise de conscience de notre vision de l'homme et de la vie, de la santé et de la maladie, des outils pour être en mesure de soigner avant de prétendre guérir. Nous manquons également d'un accompagnement nécessaire à la verbalisation de ce que nous vivons face à la souffrance de l'autre, et de la compassion qui en découle. J'ai dû plusieurs fois refouler cette angoisse de la mort, dans des situations où je n'étais ni médecin, ni patient, ni proche du patient, seulement un spectateur qui n'a pas sa place.

J'ai décidé d'interrompre mon parcours médical une année pour commencer un master d'éthique. Le programme aborde des thèmes qui me paraissent être la base indispensable à tout professionnel de soin : origine et développement de l'éthique, problématiques du progrès scientifique, la relation médecin patient, le dualisme entre le corps et l'esprit, les droits de l'homme... non pas par mémorisation d'idées toutes faites, mais par la lecture et l'analyse de grands courants de pensée pour forger son propre esprit critique.

Je souhaite profondément que cette formation puisse m'aider à trouver le sens du soin face à la déshumanisation des CHU dans lesquels je devrai travailler au moins les six années à venir. ■

« Ces médecins étaient exactement ce que je ne voulais pas devenir, mais je ne savais pas réellement pourquoi. »

# Le théâtre du soin

**Une comédienne se souvient de sa perplexité devant les contenus de ses premières années d'études de médecine.**

En 1982, étudiante en première année de médecine à Paris, je suis au café pendant la pause déjeuner à côté de l'école de médecine, seule, les yeux dans le vide. Mon professeur de physique me voit, rentre et s'assoit à ma table. Très gentiment, il me demande comment ça va, si ce n'est pas trop dur en cette année de concours... Et là, ça sort tout seul, prise de court par cette rencontre : j'ai beau me creuser la tête, je ne vois pas en quoi les heures qu'il nous a fait passer à comprendre la mise en orbite des satellites géostationnaires va bien pouvoir déterminer si je suis apte à être un bon médecin, ni à quel moment de mon futur métier je vais bien pouvoir utiliser cette donnée essentielle ! Je suis en colère, je pensais qu'après le lycée, les études allaient nous sortir de cette course à la bonne note et que l'enseignement se concentrerait sur un objectif professionnel. « Tu sais, c'est Paris, ce sont les meilleurs, c'est plus difficile... », c'est ce que j'ai entendu pour justifier ce super Bac C comme panacée de la sélection, moi qui avait déjà insisté pour faire un Bac D, parce que le vivant m'intéressait plus que les équations. La deuxième année, je ne sais pas, je ne me souviens de rien d'autre que d'avoir englouti plus de données que jamais, de la donnée brute, sans qu'aucun moment de réflexion, de recul ou d'analyse ne vienne faire fonctionner un cerveau tout entier occupé à stocker de l'information.

À la rentrée de troisième année, mon train avait du retard et j'ai donc raté l'attribution des services d'externat. On m'a dit d'office : rhumatologie/médecine interne. « Et c'est quoi médecine interne ? » « C'est le service poubelle, les trucs qu'on ne comprend pas. Pour être en cardio ou dans un service plus classe, il fallait arriver plus tôt. » De fait, dans

ce service, j'ai vu passer toutes sortes de cas. J'ai compris qu'un interrogatoire poussé pouvait éviter l'opération d'une dame qui somatisait sa sciatique, j'ai vu passer des sans papiers qui ne parlaient pas français et qu'on condamnait à mort si on les renvoyait chez eux, j'ai vu mourir une dame de 99 ans qui n'avait qu'un problème de sonde urinaire, mais dont personne n'entendait la plainte parce qu'une personne de son âge, c'est moins intéressant qu'un jeune homme qui présente un cas d'école, un médecin malade à qui on ment et qui meurt sans avoir pu régler ses affaires...

On nous avait pourtant avertis que le dialogue avec le patient, la collecte de l'historique était un préambule fondamental pour poser le bon diagnostic, pour comprendre à qui on parlait... Alors pourquoi n'avons-nous jamais, dans ce début de cursus, acquis des éléments de réflexion basés sur des sciences humaines sus-

ceptibles de nous aider à envisager la personne et non le cas ? Je me sentais démunie, avec ma masse de données ingurgitées et qui ne semblaient pas me servir à grand-chose quand je me retrouvais devant un être humain en souffrance.

Quinze ans plus tard, devenue comédienne, je m'apprête à offrir une heure de spectacle à des malades en long séjour à l'hôpital de Bligny, à ce public particulier à qui on ne peut pas dire qu'on espère les revoir la prochaine fois, et je me sens à une juste place. Je n'offre pas de remède au corps, mais un moment d'échange, d'émotion, d'oubli de la maladie et de sociabilisation à des personnes mises en retrait du monde malgré elles. Je nous sens, nous acteurs bien portants travaillant en harmonie avec le personnel hospitalier, faire partie d'un tout qui s'appelle le soin. ■

« Je ne me souviens de rien d'autre que d'avoir englouti plus de données que jamais, de la donnée brute... »

**Christine Champneuf,**  
comédienne

# Médecine alternative et formation médicale

**A l'heure où de plus en plus de gens consultent des praticiens alternatifs, il est légitime de questionner leur apport au système de soins. Quelle place pour les médecines alternatives dans la formation médicale ?**

**Tanguy Véret,** interne en médecine générale

Mais pourquoi devrions-nous aborder les médecines alternatives dans le cadre de la formation des médecins? Ces pratiques qui se sont développées hors du giron de la recherche scientifique... Les médecines « alternatives » portent d'autres qualificatifs utilisés en fonction de la façon dont on veut en parler. On les appelle « traditionnelles » pour souligner leur appartenance à une culture donnée, « douces » pour mettre en valeur leur innocuité, ou « parallèles », affirmant ainsi qu'un rapprochement avec la médecine conventionnelle est inconcevable.

cours de sciences humaines et sociales (SHS) à tendance socio-anthropologique. On nous parlait de la façon dont les médecines sont ancrées dans des systèmes culturels, une approche du monde, du lien important qui existe entre le corps et l'esprit et l'importance de ce lien dans les processus de guérison. Ces médecines sont donc une réalité anthropologique et historique et nous révèlent l'importance du lien corps-esprit, que parfois la médecine conventionnelle a tendance à oublier, en se concentrant sur la maladie et l'acte technique de réparation du désordre chimique, physiologique ou anatomique.

Je les ai à nouveau abordées en 3<sup>e</sup> année dans le cadre d'un enseignement optionnel (médecine tropicale et humanitaire), les médecines traditionnelles furent exposées comme une réalité locale avec laquelle il faut savoir composer dans le cadre d'une action humanitaire.

En 6<sup>e</sup> année (peu avant l'examen classant national (ECN) achevant le 2<sup>e</sup> cycle), nous avons parlé deux fois de médecines alternatives.

La première était dans le cadre d'un module de thérapeutique. Un pseudo-débat a été mis en place à la suite de la présentation de diaporamas par deux groupes d'étudiants, l'un devant être pour les médecines alternatives, l'autre contre. Les présentations des étudiants reposaient sur une rapide revue de la littérature scientifique sur le sujet. Aucune étude n'avait été lue, seuls des résumés ou des interprétations toutes faites, il en sortait des interprétations différentes des mêmes études. Le débat était modéré par des professeurs de médecine ne connaissant pas plus ces domaines que leurs étudiants. Aucun praticien de médecine alternative n'avait été convié. Pas d'analyse critique, ni de la littérature, ni de la place qu'occupent ces médecines, d'où elles viennent, le sens qu'elles ont.

La deuxième était lors d'un exercice de lecture critique d'article organisé par la faculté dans le cadre de la préparation à l'ECN. Il s'agissait d'un article comparant l'acupuncture aux traitements classiques pour les douleurs lombaires chroniques. Le professeur a présenté les résultats de

« Le professeur a présenté les résultats de façon très orientée, les a généralisés et simplifiés pour discréditer la technique de l'acupuncture et réduire son efficacité. »

Malgré tout, ces médecines font partie de l'offre de soins disponible sur le territoire français et de nombreuses personnes y font appel en cas de problème de santé (75 % des Français y ont fait appel au moins une fois d'après l'OMS<sup>1</sup>, 18 % y ont fait appel dans les douze derniers mois en région parisienne d'après une thèse de médecine<sup>2</sup>). A ce titre au moins, les médecins sont tenus de savoir qu'elles existent. Mais quelles sont ces médecines alternatives ? Leur nombre, leurs divers courants, l'absence de porte-parole officiel rend l'approche difficile, souvent précautionneuse et suspicieuse. Il peut s'agir de l'homéopathie bien connue, de l'ostéopathie, de la médecine traditionnelle chinoise ou

simplement de l'acupuncture, de la médecine ayurvédique (médecine traditionnelle indienne), de naturopathie, de magnétisme, de reiki, de pratiques locales ancestrales comme les coupeurs de feu... autant dire que faire la part des choses est difficile.

Comment aborde-t-on ces médecines à la faculté de médecine ? Je ne puis faire un panel exhaustif de ce qui se fait dans toutes les facultés de France, je vous parlerai de ce que j'ai observé.

En première année de médecine, les médecines traditionnelles ont été évoquées dans le cadre de

§ Accès aux soins  
§ Pratique médicale  
§ Formation initiale, Formation continue  
§ Médecines douces, médecines parallèles, médecines alternatives

façon très orientée, les a généralisés et simplifiés pour discréditer la technique de l'acupuncture et réduire son efficacité (tout de même supérieure aux traitements classiques non seulement dans cette étude, mais dans d'autres citées dans l'introduction de l'article) à un effet décorum, c'est-à-dire la mise en scène et le fait de passer du temps avec le patient. On ne peut affirmer qu'il a tort, mais il s'agit d'une interprétation abusive de l'étude, dans un cours de lecture critique de surcroît. Et quand bien même son efficacité résiderait dans un effet placebo ou décorum, il ne serait pas à balayer du revers de la main. Il serait temps de s'interroger sur les moyens de mobiliser ces effets placebo et décorum et sur leur efficacité (ici plus importante que les traitements classiques). C'est aussi l'opportunité de reprendre conscience et connaissance du lien entre corps et esprit, de leur interdépendance, de leurs influences réciproques et peut-être d'aborder la psychosomatique comme caractéristique de la médecine dans son ensemble plutôt que comme une discipline isolée. Pour explorer ces domaines à peine abordés à la faculté, la psycho-neuro-immunologie<sup>3</sup> et la *narrative based medicine*<sup>4</sup> pourraient servir d'outils d'exploration.

Au cours des deux premiers cycles des études médicales, ces médecines sont donc évoquées comme des réalités culturelles, parfois comme des placebos utiles ou comme des obstacles à une médecine efficace.

Dans le cadre du 3<sup>e</sup> cycle (l'internat), il existe des diplômes universitaires (DU) ou interuniversitaires (DIU) pour certaines médecines alternatives telles l'ostéopathie ou l'acupuncture. Ces enseignements universitaires se situent dans une dynamique différente des écoles indépendantes enseignant ces médecines. A l'université, elles sont abordées comme des outils techniques à tester sur les maladies de la nosographie biomédicale, alors que dans les écoles indépendantes, elles sont abordées comme des systèmes médicaux à part entière avec leurs fondements philosophiques, symboliques et dont la nosographie diffère souvent complètement de la nosographie biomédicale conventionnelle.

En ce qui concerne l'acupuncture, par exemple, elle ne constitue qu'un mode d'intervention de la médecine traditionnelle chinoise, avec les massages Tui Na, la diététique, la pharmacopée, le Qi Gong, la psychologie. Un problème de santé est également abordé différemment dans le système médical chinois pris dans son ensemble. Il y a donc antagonisme entre les tenants des médecines traditionnelles et ceux de l'institution médicale. Les premiers craignent que l'ont dénature leur médecine, que l'on utilise ses outils de façon inappropriée et donc moins efficace, les seconds cher-

chent à intégrer les pratiques d'autres médecines à leur système médical en tant que techniques dont ils doivent démontrer l'efficacité sur les maladies qu'ils connaissent par l'*evidence based medicine*.

Se pourrait-il que des médecines alternatives aient d'autres choses à apporter à la médecine que de nouveaux outils pour lutter contre les maladies ? Un autre type de collaboration est-il possible, et sur quelle base ?

Le qualificatif de « professionnel de santé » utilisé pour parler des soignants m'interpelle. Comment est organisé le système de soin ? Comment se constitue le savoir médical ? Sur quoi portent nos interventions, nos campagnes de prévention ? Il me semble qu'à chaque fois, il est question de maladies plus que de santé. Nous allons consulter un médecin lorsque nous sommes malades. Nos modes d'interventions sont développés pour traiter des maladies, en étudiant des modèles physiopathologiques. La prévention vise à réduire des facteurs de risque de morbidité ou de mortalité. En y réfléchissant bien, j'ai l'impression que nous sommes plutôt des professionnels des maladies. D'autant plus qu'au cours de nos études médicales, nous n'abordons qu'à peine le concept de santé. En fait, nous l'évoquons simplement dans nos cours de sciences humaines et sociales de première année.

Qu'en est-il des médecines alternatives ? Une des caractéristiques commune à ces médecines est qu'elles abordent les problèmes de santé en se centrant sur l'individu plutôt que sur les maladies. Leurs nosographies reposent pour nombre d'entre elles sur les concepts de « terrain » et d'« énergie ». Ces concepts sont complexes et mériteraient d'être développés ailleurs. Simplement, l'abord et le soin d'une personne à travers ces caractéristiques individuelles vise à rétablir un équilibre de son terrain et de son énergie pour qu'elle soit en bonne santé. Peu importent les aspects techniques ou théoriques pour notre propos, mais les approches de ces médecines mettent en valeur l'approche individuelle de la personne et visent à rétablir sa santé. Peut-être la médecine conventionnelle gagnerait-elle à tirer quelques enseignements de ces médecines, peut-être pourrait-elle collaborer avec elles en les faisant intervenir sur des aspects qu'elle néglige. Cela permettrait d'aborder la prévention d'une manière différente. On peut évoquer l'époque où, en Chine, on allait voir son médecin pour garder la santé et si on allait le voir alors qu'on était malade, on ne payait pas d'honoraires.

Il y a encore quelques raisons de s'intéresser aux médecines alternatives. L'OMS, qui a pris posi-

« Une des caractéristiques commune à ces médecines est qu'elles abordent les problèmes de santé en se centrant sur l'individu plutôt que sur les maladies. »

.../...

.../... tion pour le développement de ces médecines et leur intégration aux systèmes de santé nationaux <sup>5</sup>, avance quelques arguments. Elle évoque, comme déjà dit plus haut, l'utilisation déjà effective des médecines traditionnelles par une large part de la population, mais aussi l'efficacité démontrée de certaines pratiques, et la difficulté croissante pour les populations d'accéder aux services de santé conventionnels du fait de leur coût, de leur accessibilité géographique et culturelle. Ce dernier argument épineux semble concerner plus les pays en développement que la France, mais il risque de devenir de

**« Des modèles médicaux ont été implantés dans des pays sans tenir compte des conceptions culturelles de la maladie, de la santé. »**

plus en plus important ici avec une médecine qui coûte de plus en plus cher, des systèmes de prévoyance et de recouvrement des coûts déficients, des politiques de privatisation des structures de soin. Je ne pense pas que les médecines traditionnelles changent quoi que ce soit à la dynamique actuelle des politiques de santé, bien que leur intégration au système de soins puisse aider à en réduire les dépenses (même si ça reste à démontrer). Il s'agit d'une décision politique impliquant les

gouvernants. La privatisation, la médecine à deux vitesses, la mise au banc des plus pauvres et des plus précaires risquent de continuer jusqu'à un revirement politique ou une hypothétique révolte.

En revanche, ce problème d'accès aux soins pour des raisons économiques, géographiques ou culturelles met en relief à la fois l'importance et la difficulté de faire collaborer différents systèmes médicaux, différentes cultures. Cela est criant lorsqu'on observe les systèmes de santé des pays en développement qui ont « bénéficié » de l'apport ou de la transposition des systèmes médicaux occidentaux, que ce soit à travers l'administration coloniale jusqu'à la première moitié du xx<sup>e</sup> siècle, ou l'aide au développement et l'aide humanitaire ensuite. Des modèles médicaux avec leurs techniques, leurs infrastructures ont été implantés dans des pays sans tenir compte des conceptions culturelles de la maladie, de la santé et sans rentrer en contact avec les systèmes médicaux préexistants dans ces régions. Indépendamment de l'insoutenabilité économique du système moderne implanté, cela a

engendré la juxtaposition de plusieurs systèmes de soins qui ne se connaissent pas, ne communiquent pas entre eux, ce qui entraîne une confusion chez les gens et retentit sur leur état de santé.

Une situation semblable (bien que très différente dans le degré et la genèse) est observable en France. Des systèmes médicaux aux bases et aux conceptions différentes se côtoient, mais ne cherchent pas à se comprendre et à faire des compromis pour rendre l'offre de soins cohérente. Ils arborent des positions divergentes sur lesquelles nul ne veut revenir (l'exemple des vaccins est criant) et entretiennent le flou et l'incertitude, quant à la nocivité de l'un, les dangers des autres.

Malgré tout, des tentatives de communication existent, souvent à la marge, du fait d'individus isolés ou en petits groupes. Il s'agit notamment de Jeanine Fontaine, médecin anesthésiste qui a étudié ensuite la médecine énergétique. Il s'agit également de Thierry Janssen, urologue de renom qui a laissé son métier derrière lui pour devenir guérisseur et qui en tire aujourd'hui des enseignements pour établir des ponts entre les médecines et entre le corps et l'esprit. Il existe également des tentatives de coopération institutionnelles entre médecines, comme en Chine ou aux Etats-Unis.

Indépendamment du fait de parler d'autres médecines, je crois que ce qui manque le plus dans notre formation médicale, c'est la volonté de nous inculquer la curiosité de l'autre et surtout l'humilité face au patient, à sa connaissance et ses expériences de malade, mais aussi d'être humain et face à d'autres pratiques que nous ne connaissons pas ou avons du mal à comprendre. ■

1. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005.

1. M<sup>me</sup> Clarisse Mayer-Lévy, thèse soutenue le 14 décembre 2010 à la faculté de médecine de Paris Descartes.

3. La psycho-neuro-immunologie étudie l'impact des événements psychiques sur le système immunitaire.

4. "Interventional narratology: form and function of the narrative medical write-up" By James Hunter Wood, Thesis Submitted to the Faculty of the Graduate School of Vanderbilt University, Master of Arts in English Literature, 5/2005, Nashville, Tennessee.

5. Elle a pris position à travers sa stratégie pour la médecine traditionnelle de 2002-2005, mais aussi la déclaration de Beijing en 2008 et la résolution EB124/SR/11 du 26 janvier 2009.

# Le vertige de la connaissance

**Comment la connaissance du fonctionnement intime du vivant peut être source de fascination et structurer ultérieurement l'exercice du métier de médecin et la relation au politique.**

Diderot et les encyclopédistes veulent, par la synthèse des connaissances, contribuer à propager le bonheur de l'humanité. Ils considèrent que la lumière de la connaissance contribue à lutter contre l'obscurantisme de la religion.

Ainsi, ils opposent la liberté que procure le savoir à la règle et à la contrainte qu'impose l'église. En cela, les études deviennent un outil de lutte sociale.

C'est par un cours basique de philosophie que devraient commencer les études de médecine.

Pauvres enfants, souvent issus des classes sociales favorisées, que l'on a préparés depuis le collège, voire le primaire, à faire partie de la classe dominante et à qui l'on a expliqué qu'il fallait être généreux avec les plus fragiles, ce qui est un des moyens les plus pervers de se mettre au-dessus de la masse des concitoyens. Ces jeunes arrivent sur les bancs d'une prestigieuse université. Là encore, ils sont au dessus du lot : Il y a la FAC... et la faculté de médecine à part. De plus, avec un concours réputé difficile en ligne de mire, comment ne pas se sentir supérieur, cela est profondément humain. Comment ne pas aborder les cours avec un regard biaisé, comme une corvée à ingurgiter pour parvenir à un lendemain plus souriant ? La plupart des étudiants sont contents quand des cours « sautent », quand des sujets ne seront pas aux examens. C'est une course pour avoir un diplôme le moins difficilement possible. Et pourtant, quelle émotion de comprendre l'enchaînement de l'enseignement. J'ai toujours été admiratif de l'intelligence de la structuration de nos cours. Je me souviens d'être souvent sorti de cours de cytologie en tremblant d'émotion d'avoir eu la chance de pouvoir comprendre comment cela marchait.

Par exemple, en deuxième année, en deux jours, nous avons eu un cours d'anatomie expliquant par des magnifiques dessins faits à la craie, en couleur, au tableau comment les muscles pouvaient provoquer un mouvement en imprimant des forces aux os par l'intermédiaire des tendons. Deux heures après, en cytologie, nous explorions les confins de la cellule musculaire, de son fonc-

tionnement magique où les influx nerveux, par une dépolarisation, provoquent une contraction de ce muscle ; nous découvrons avec stupéfaction la magie de la dépolarisation de la paroi cellulaire permettant le passage du calcium dans la cellule. Ce n'est que l'après-midi que le biochimiste nous expliquait les réactions moléculaires dans les mitochondries permettant ce petit miracle, comment transformer une réaction d'oxydo-réduction en énergie. Et enfin, pour parfaire le spectacle, il fallait attendre le lendemain pour que le biophysicien nous entraîne dans les méandres de l'atome, à la poursuite de ces électrons dont le transfert est à l'origine de ces réactions biochimiques. On peut se demander si cela sert à quelque chose d'avoir accès à tant de connaissances, si cela sert à quelque chose de pouvoir imaginer ce qui se passe à une vitesse infinie, au niveau moléculaire et atomique, mais comment ne pas avoir le vertige devant cette chance de découvrir le pourquoi et le comment des choses.

Le métier de médecin me semble indissociable de ce vertige. Il s'agit de la même structuration en cascade qui nous permet d'approcher la problématique du patient. C'est cette curiosité (pathologique) qui nous pousse à aller au-delà de la recette apprise par cœur, à chercher au-delà du symptôme la cause du malaise, de la maladie. Avoir conscience de l'enchaînement de réactions de l'atome au déplacement du bras aide à construire une autre écoute, une autre approche du souffrant. Imaginer que chaque geste puise sa source dans un enchaînement complexe de choses très simples nous aide à ne pas agir trop vite, à laisser ressortir l'essentiel au travers de l'évidence première. Cette démarche est vraie aussi en politique, chercher derrière les certitudes, affirmer les motifs réels des actes des dirigeants, les intégrer à leur psychopathologies. C'est peut-être ce que voulaient nous transmettre les encyclopédistes : apprendre, apprendre, et encore chercher à apprendre pour pouvoir lutter, pour pouvoir résister. ■

**Jean-Louis Gross,**  
médecin généraliste

# Sortir de la faculté pour se former

**Ce qui m'a permis de poursuivre mes études dans les moments de doute, ce sont mes activités en dehors de la faculté. J'y ai trouvé ce qui manquait dans ma formation.**

**Pierre Le Grand,** interne en médecine générale, Motivé et déterminé, je me prépare à débiter l'internat. Les trois années qui viennent devront faire de moi un médecin compétent. Ce ne sera pas une mince affaire étant donné les multiples aspects de cette profession. Et ce d'autant plus que mes six premières années (sept avec le redoublement de la première année) sont loin de m'avoir apporté les bases nécessaires. Les études ne me satisfaisant pas, j'ai été voir ailleurs et finalement j'ai appris beaucoup de choses qui me seront utiles dans ma profession. Faudrait-il donc quitter la faculté pour se former ?

## La désillusion

Depuis tout gosse, je m'étais construit une image idéale du médecin. Celle-ci était sans doute influencée par mon médecin de famille d'abord, mais aussi par les grands professeurs qui passaient au journal télévisé ou encore les médecins humanitaires qui s'en allaient sauver le monde. Le bac en poche, je faisais le choix de tenter à mon tour de devenir médecin. La sélection en première année ne me laissait pas le temps à la réflexion. De toute façon, je devais réussir ce concours « bête et méchant ». Les critères de sélection me paraissaient un peu absurdes, mais je n'allais pas me plaindre puisque j'avais finalement réussi. J'étais donc autorisé à devenir médecin. Plus aucun obstacle sur ma route, j'étais motivé à absorber tout le savoir nécessaire.

Pour moi, ce savoir devait comprendre un savoir théorique bien sûr, mais aussi un savoir-être et un savoir-faire. Malheureusement, j'ai petit à petit découvert l'envers du décor...

Côté théorique, on mixe pendant deux ans quelques notions de sémiologie avec des cours de sciences fondamentales et quelques rudiments de sciences humaines. Ensuite, c'est reparti pour trois ans où on oublie l'Humain pour se consacrer à des items et à des mots clés. La priorité de l'externat n'est pas de former des médecins, mais de classer des étudiants ! Certains professeurs essaieront

malgré tout de transmettre leurs compétences, mais les étudiants obnubilés par l'ECN (Examen Classant National) n'ont pas de temps à perdre avec ce genre de chose...

Côté pratique, sur les lieux de stages, les exemples de savoir-être et de savoir-faire sont rares. Il faudra alors se construire à partir des nombreux contre-exemples. Peu réjouissant... Perdu dans les couloirs de l'hôpital, on s'interroge sur notre place dans ces études, sur le sens de cette profession. Le doute s'installe petit à petit suivi d'une certaine souffrance mêlée à de la culpabilité ou de la honte. Loin de la revendication, on s'isole et on attend. Peu importe qu'on nous malmène, un jour on finira bien par y arriver : on sera un « bon médecin » !

## L'école buissonnière

Ce qui m'a permis de poursuivre mes études dans les moments de doute, ce sont mes activités en dehors de la faculté. La plupart des étudiants ont leur « soupape » pour garder l'esprit serein. Moi, c'était l'associatif étudiant.

Je m'y suis investi un peu par hasard au début, avant que cela me devienne indispensable. En 2<sup>e</sup> année de médecine, j'ai participé à l'association étudiante de ma fac qui menait des projets de Solidarité Internationale. L'année suivante, je prenais un poste au bureau de cette même association et découvrais les réseaux nationaux, les autres associations de ma ville et les différents organismes spécialisés.

Cet engagement m'apportait énormément, même s'il me demandait également beaucoup d'investissement. Loin d'une routine, je découvrais sans cesse de nouvelles choses, rencontrais de nouvelles personnes d'horizons variés... Ma curiosité et mon esprit critique étaient en permanence stimulés. Au-delà de cette jouissance intellectuelle, je prenais confiance en moi en prenant des responsabilités.

Creusant d'abord une thématique, j'en découvrais d'autres puis les associais pour comprendre le fonctionnement systémique de notre monde. Piochant des techniques d'animation ici, des savoirs

§Formation initiale,  
§Formation continue  
§Hôpital, réforme  
hospitalière, gestion  
hospitalière  
§Solidarité  
§Université

« Pour moi, ce savoir devait comprendre un savoir théorique bien sûr, mais aussi un savoir-être et un savoir-faire. »

là, je me retrouvais bientôt à accompagner de nouveaux étudiants dans leur parcours associatif. De nouveaux mots apparaissaient au fur et à mesure de mon parcours : solidaire, éducation, citoyenneté, militantisme, populaire, Démocratie...

Mais entre une réunion et un congrès, une action et une soirée-débat, il fallait retourner en cours, poursuivre le stage...

### La pédagogie des Professeurs

Je ne me suis pas rendu compte tout de suite de ce que m'apportait cet engagement associatif pour mes études. Lorsque j'ai débuté l'externat, et donc les stages hospitaliers, j'ai vite découvert le côté « soupape » de ce passe-temps.

Mais j'ai aussi appliqué à ma pratique débutante ce que j'avais acquis et que la faculté n'avait pas su m'enseigner : travailler en équipe, accepter la confrontation des idées, respecter l'Autre, stimuler mon esprit critique... C'est d'ailleurs dans ce monde associatif bénévole que j'ai entendu parler de « démarche pédagogique », ce concept sans doute flou pour les professionnels de nos facultés et centre hospitalo-universitaire.

Inconsciemment, j'avais été cherché ce qui man-

quait dans ma formation : espace de réflexion, ouverture d'esprit, pouvoir d'agir, d'imaginer, de proposer. Alors que le stage hospitalier devrait être un lieu de compagnonnage, j'avais l'impression de n'être qu'un pantin dérangent. Les seuls rôles accordés aux externes étaient des tâches administratives sans grand intérêt. C'est en dehors de la faculté et de l'hôpital que je pouvais être considéré comme un adulte, comme un citoyen responsable. Au sein des études, il fallait juste attendre que le temps passe...

Je garde malgré tout l'espoir d'être un médecin ayant pour priorité dans le soin l'Humain. Je ne peux pas concevoir l'idée que je serais un médecin « robotisé » comme j'ai pu en croiser et comme le fameux ECN essaie de produire à travers ses grilles de cotation. Je sais que durant l'internat, j'apprendrai beaucoup, que ce soit à l'hôpital ou ailleurs si nécessaire...

Reste à savoir comment se forment les étudiants qui s'en tiennent aux discours de la faculté ? Quels professionnels de santé deviendront-ils ? Quand les responsables de notre enseignement accepteront-ils la remise en cause ? ■

## Dans la neige avec les loups

■ **Martine Lalande**, médecin généraliste

Une amie me l'avait offert pour ma thèse, j'en ai une pile sur une étagère, comme cadeau de fin de stage pour les étudiants, ou pour les enfants de copains qui se lancent dans les études de médecine... ou encore comme lecture pour les participants à un séminaire de formation de maîtres de stage. *Récits d'un jeune médecin* de Mikhaïl Boulgakov, textes écrits en 1919, publiés en feuilleton dans des revues, réunis dans un livre, retracent l'expérience vécue de l'auteur, médecin à 23 ans dans une province de Russie au début du siècle. Boulgakov vient de terminer ses cinq années d'études de médecine, qu'il a réussies avec de très bonnes notes aux examens, et a signé un engagement pour un poste dans un petit hôpital de campagne. Il débarque, frigorifié, fait connaissance avec l'officier de santé et les deux sages-femmes qui vont l'aider à prendre en charge toute la population du district. Il devient à la fois consultant, chirurgien et médecin hospitalier, soignant jusqu'à cent patients par jour et trente hospitalisés, sans compter les interventions. La pharmacopée est minimale : camphre, morphine, chloroforme, belladone et pommade au mercure pour la syphilis... Le récit est épique, dans une verve que ceux qui ont lu *Le Maître et Marguerite* reconnaîtront, directe, vivante et sensible. Il décrit avec autant de précision les interventions (totalement improvisées) que les trajets en traîneau dans les tempêtes de neige, embourbé dans les congères ou poursuivi par les loups... Mais ce qui frappe et rend ces textes très actuels, c'est la description, tellement authentique et proche, de ses angoisses devant les décisions à prendre, ses affres face à l'incertitude et le risque d'erreur, ses cauchemars après une intervention ou un échec. On le suit quand il va chercher dans ses livres, on souffre avec lui quand il ne dort pas avant d'avoir vérifié que le patient est encore vivant, quand il demande l'avis d'un confrère rencontré à des kilomètres, honteux de n'avoir pas su faire. On reconnaît tous ses doutes, angoisses de la nuit, soulagements et désespoirs selon l'issue, colère aussi de ne pas avoir réussi à se faire comprendre d'un patient qui ne se soigne pas (la syphilis, racontée comme aujourd'hui on peut s'angoisser à propos du Sida...). Un vrai plaisir de lecture qui, s'il est daté et tellement plus épique que ce que nous vivons dans notre exercice, témoigne de façon très subtile des défis de l'application du savoir acquis, toujours insuffisant et décalé, aux situations réelles de la vie. ■

# France-Québec

**Au Québec, le médecin en formation est connu et reconnu à la fois par les médecins et les patients, grâce à une organisation moins hiérarchique et une véritable réflexion sur les méthodes pédagogiques.**

**Jessica Guibert, L'accueil**

ancienne interne, 8 h 30, Paris, France  
nouvelle externe  
en médecine générale

Je suis en avance. J'arrive devant la salle de staff, et je retrouve quelques-uns des autres étudiants debout dans le couloir. On doit être une dizaine en tout. Nous avons appris quelques jours auparavant, par hasard à la fac, que nous devions être à 8 h 30 dans le service pour assister au staff, en ce premier jour de stage. La salle s'ouvre, nous nous asseyons discrètement. Quelques étudiants n'étaient pas au courant : ils arrivent vers 9 heures, et passent au milieu de la salle sous le regard désapprouvateur de la moitié du service. Le professeur anime d'une voix forte cette réunion quotidienne de débriefing des événements de la nuit. Ne pas s'endormir, faire bonne figure, la première impression est importante : avoir l'air motivé, quoiqu'il arrive. Au bout d'une heure, pourtant, c'est dur... « Les externes ! » Ah ? On s'adresse à nous... « Vous avez la matinée pour vous répartir les gardes/astreintes/places dans les unités, récupérer une blouse et faire toutes les formalités administratives. Rendez-vous demain, 8 h 30 ! » Allez, ça bouge ! C'est parti pour un long parcours du combattant dans les méandres administratifs de l'hôpital : « De toute façon, nous n'aurons pas les badges avant trois semaines ». Puis nous passons quelques heures à débattre sur le planning du trimestre, chacun ayant évidemment pour but de s'en tirer le mieux possible... Le premier jour est déjà fini.

8 h 30, Montréal, Québec, Canada

Je suis en avance. Je rejoins l'autre externe qui sera avec moi dans le service, nous nous asseyons et commençons à discuter. La secrétaire nous a donné rendez-vous pour l'accueil dans ce stage, par un mail envoyé trois semaines auparavant. La voici, et elle commence par nous emmener visiter l'hôpital, nous montrer nos casiers personnels, et nous accompagner récupérer notre blouse et notre badge. Puis nous rencontrons nos tutrices de stage, deux médecins du service. Après un accueil chaleureux autour d'un café, elles nous emmènent dans une salle de réunion, et nous interrogent sur les raisons du choix de ce stage et ce que nous en attendons. Nous discutons longuement des objectifs et

des modalités du stage, ainsi que de son déroulement que nous avons sur un planning personnalisé. Nous avons également une pochette nominative remplie de documents : un livret de présentation du service comprenant notamment les noms et contacts de toutes les personnes avec qui nous allons travailler, une fiche pratique récapitulant tous nos codes de casiers et informatiques, les feuilles d'évaluation que nous devons faire remplir quasi quotidiennement par les médecins qui nous supervisent, des exemples de dossiers médicaux (courbes de croissance des enfants, dossier obstétrical et pédiatrique). Enfin elles nous emmènent visiter le service, et nous présentent à toutes les personnes que nous croisons : secrétaires, internes, médecins. « Si vous avez des questions, n'hésitez pas, nous sommes là pour en discuter avec vous ».

## Pédagogie et évaluation

*Quelque part en France, dans un centre hospitalo-universitaire...*

Il faut se lancer. Je dois aller voir un patient et faire son « observation », c'est-à-dire reconstituer avec lui son histoire médicale, l'examiner, et émettre des hypothèses diagnostiques. Il faut que je me dépêche, car tout cela doit être fait avant la visite du chef de service plus tard dans la matinée. « Bonjour, je suis Jessica G., étudiante en médecine, et je viens vous poser quelques questions et vous examiner » Le patient, malade ne l'oublions pas, et qui a déjà été examiné et interrogé plusieurs fois par différentes personnes, n'est évidemment pas enchanté de devoir se coltiner une étudiante en médecine gauche et hésitante, à qui il va devoir redire ce qu'il a déjà raconté de nombreuses fois. Alors parfois, pour qu'il accepte, je dis plutôt : « Bonjour, je suis le Dr G., externe ». En général, ça passe mieux...

En sortant de la chambre, j'ai du mal à mettre de l'ordre dans mes idées, et j'ai plein de questions. Mais à qui les poser ? J'arrive à en caser une avec mon interne, étudiante un peu plus avancée que moi, qui me répond comme elle peut. Sinon, j'essaie de repérer le passage du chef de clinique, celui qui normalement est payé pour nous enseigner la médecine. Mais il est souvent très occupé. Je réussis quand même à lui glisser une petite question, et puis... « Ah, Jessica, il faudrait faire un

§ Comparaison internationale  
§ Formation initiale, Formation continue  
§ Hiérarchie, Rapports médecins infirmières  
§ Hôpital, réforme hospitalière, gestion hospitalière  
§ Médecin généraliste, médecine générale

« En sortant de la chambre, j'ai du mal à mettre de l'ordre dans mes idées, et j'ai plein de questions. Mais à qui les poser ? »

électrocardiogramme, et appeler le laboratoire pour avoir les résultats de ses prises de sang, et aussi, puisque tu t'en occupes, pourrais-tu l'amener à la radio ? ». C'est parti pour les corvées du matin, il ne fallait pas compter y échapper. Et je range mes questions pour plus tard. Bientôt j'apprendrai à refouler toute curiosité et toute interrogation, c'est plus pratique et de toute façon ça fait mieux de donner l'impression de tout savoir.

De temps en temps, nous avons des cours, donnés par les médecins du service, dans le cadre du stage. Ce sont des cours magistraux, en général peu adaptés à notre programme d'enseignement, que les médecins ne connaissent pas. Et parfois, le cours n'a pas lieu, car le médecin oublie, tout simplement.

La grande visite va commencer, menée par le chef du service, praticien hospitalier et Professeur universitaire. Peut-être enfin un moment dédié à l'enseignement ! Sauf qu'on est quinze en tout. Placés par ordre hiérarchique. Mes questions ont donc bizarrement du mal à sortir... Je présente l'observation du patient vu ce matin. Je ne dois surtout pas montrer de signes d'incertitude ou de doute, mais au contraire démontrer dans ma manière de présenter que j'ai TOUT compris. Personne n'a vérifié comment j'ai réalisé mon questionnaire et mon examen, ni comment je me suis comportée avec le patient. Cela ne rentre pas dans l'évaluation des étudiants en médecine.

Puis viennent les questions du Professeur. Si je ne sais pas répondre, la sanction est simple : l'humiliation devant les autres étudiants. « Il va peut-être falloir se mettre à travailler si tu ne veux pas finir par exercer dans un trou paumé ! ». Voilà qui ne contribue probablement pas à régler les problèmes de démographie médicale... A ce petit jeu, les plus forts se battent et réussissent. Les étudiants sensibles ou ayant peu confiance en eux abandonnent et échouent.

Mais enfin tout cela n'est pas si grave. Puisque de toute façon, la note de stage sera la même pour tout le monde. Je ne suis même pas sûre que le chef de clinique sache réellement le nom de chacun d'entre nous.

... Pendant ce temps, à Montréal, Québec, Canada

Il faut se lancer. Pour aller écouter, questionner et examiner le patient, je sais que j'ai tout mon temps. C'est ce que m'a expliqué le médecin qui me supervise : « Tu es là pour apprendre... ». Ah oui, c'est vrai ! Je me présente au patient qui connaît bien le fonctionnement des soins médicaux couplés à l'enseignement, dans cet hôpital universitaire. D'ailleurs, des panneaux le rappellent un

peu partout : « Vous allez être en contact avec des étudiants en médecine et participer à l'enseignement médical. Ceux-ci travaillent sous la supervision étroite de médecins seniors. » Pendant que j'écoute le patient me raconter son histoire, je sais que je suis peut-être observée. Une caméra permet au médecin qui me supervise de voir et d'écouter ma consultation. Mais cette caméra est aussi souvent utilisée par les étudiants pour s'observer entre eux.

L'observation par caméra, bien que rare, permet à mon superviseur de faire une évaluation très fine de l'ensemble de la consultation. Cette évaluation « en direct » m'angoisse un peu au début, jusqu'à ce que je comprenne qu'elle est extrêmement constructive et d'une grande utilité pour mon apprentissage. Il ne s'agit pas d'un jugement ou d'une sanction, mais bien de réflexions partagées avec mon superviseur sur mon attitude avec le patient, la structure de l'entretien, les modalités de l'examen physique, la nature de la demande du patient et comment j'aurais pu mieux y répondre.

Le plus souvent, personne n'a regardé la consultation, j'en fais donc un rapport détaillé à mon superviseur lorsque j'ai fini. Ensemble, nous réfléchissons aux hypothèses diagnostiques, nous identifions les éléments importants que j'ai oubliés, et nous discutons

de ce que nous allons proposer au patient. Puis il retourne le voir avec moi, afin de compléter mon examen et de lui expliquer nos propositions.

Ici, je ne suis pas là pour faire des papiers administratifs, transporter des patients ou me noyer dans l'organisation complexe de l'hôpital. Le rôle de l'externe est d'apprendre la médecine auprès des patients. Et c'est déjà énorme... J'ai d'ailleurs des demi-journées dédiées à des recherches personnelles à partir des pathologies que je rencontre au cours de mon stage. J'ai aussi des demi-journées d'apprentissage auprès des infirmières du service ; tiens, des non-médecins pourraient m'apprendre des choses ? Une matinée par semaine est consacrée à un enseignement plus formel, toujours en relation avec les patients vus au cours du stage. Elle est composée de plusieurs temps : une présentation par un étudiant, puis une discussion animée par un psychiatre autour des difficultés relationnelles que nous avons pu rencontrer, et enfin un échange plus technique autour de diagnostics difficiles. Il s'agit d'un véritable apprentissage collectif par problèmes, très enrichissant car actif et réflexif.

A chacune des consultations ou autres activités auxquelles je participe, une feuille d'évaluation est remplie, que je peux consulter à tout moment lors de mon stage. A la moitié, puis en fin de stage,

**« Je ne dois surtout pas montrer de signes d'incertitude ou de doute, mais au contraire démontrer dans ma manière de présenter que j'ai TOUT compris. »**

.../...

.../... la totalité des médecins du service se réunissent pour nous évaluer. Cette évaluation me sera retranscrite par oral par mon tuteur de stage, et par écrit sur une feuille nominative, listant les aspects positifs de mon stage et les points que je dois améliorer.

**Point de vue d'une stagiaire**

Un véritable grand écart pédagogique... Mais d'où vient-il ?

D'abord, le type de service dans lesquels se sont déroulés ces stages : le stage québécois était dans une unité de Médecine Familiale, soit un lieu d'enseignement universitaire de médecine générale, alors que la description du stage français s'inspire de plusieurs services hospitaliers spécialisés. Quel investissement et quelle réflexion pédagogique des médecins généralistes québécois ! Ils inventent de nouveaux modes d'apprentissage, de supervision, d'évaluation, bref ils sont à la pointe de l'innovation pédagogique, par rapport à un enseignement de spécialité beaucoup plus classique.

Malgré cela, la qualité de l'encadrement reste meilleure dans les services spécialisés québécois par rapport à la France ; la dichotomie généralistes/spécialistes ne suffit donc pas à expliquer ces différences. Selon moi, stagiaire observatrice, le décalage vient avant tout d'une question de considération de l'étudiant en médecine. Au Québec, le médecin en formation est connu et reconnu à la fois par les médecins et les patients. Le concept de hiérarchie y est quasiment étranger : chacun a quelque chose à apporter, à son niveau, on écoute tout le monde, même l'opinion de l'étudiant est intéressante ! Le savoir n'est pas une vérité absolue qui vient d'en haut, mais il est multiple et doit être partagé. Cela implique

de nombreuses conséquences : le temps d'enseignement est complètement intégré à l'organisation hospitalière, ainsi qu'à l'exercice médical ; il existe une véritable réflexion sur les méthodes pédagogiques ; les responsables des services sont tenus de définir les objectifs des stages, en cohérence avec la formation médicale universitaire, et de les remplir ; les évaluations des étudiants sont constructives et non pas destructrices. Dans ce contexte, le compagnonnage n'est plus seulement un concept, mais bien une réalité.

Cela peut paraître une base indispensable, mais tout cela est très rare en France. Dans beaucoup de facultés, les objectifs des stages ne sont pas définis. La mission d'enseignement n'est pas une priorité pour de nombreux médecins, préférant se consacrer aux soins et à la recherche. L'enseignement est donc très aléatoire, et souvent les plus vieux reproduisent sur les plus jeunes ce qu'eux-mêmes ont subi lors de leurs études. La notion même de « méthode pédagogique » n'existe pas.

Evidemment, le système québécois n'est pas parfait. Mais il me semble que nous pourrions tout de même nous inspirer un peu de ce modèle de formation médicale, au moins sur ses grands principes.

A nous, futurs médecins généralistes français, professionnels du soin, patients, citoyens, d'inventer de nouvelles approches pédagogiques. A nous d'essayer de répandre ne serait-ce qu'une petite remise en question d'un système d'enseignement médical complètement archaïque. A nous de réinventer la place de l'étudiant en médecine, et le compagnonnage. A nous de traiter réellement ces questions pédagogiques laissées à l'abandon, et de diffuser notre réflexion, pour qu'enfin la caste médicale arrête de se reproduire à l'identique. ■

- § Ecoute, empathie, Relation soignant soigné
- § Formation initiale, Formation continue
- § Femme, Condition féminine, Droit des femmes
- § Contraception
- § Médecin généraliste, médecine générale

# D'autres horizons

Entretien avec **Anna Christidis**, médecin généraliste. Propos recueillis par **Martine Lalande**

Au bout de dix ans d'études, on se sent encore insuffisamment formés sur certains sujets importants pour l'activité de médecin généraliste. Anna Christidis est une jeune médecin généraliste, installée depuis un an dans un cabinet de trois médecins à Gennevilliers, qui travaille en parallèle au centre de Planification de la ville. « J'ai fait une formation complémentaire en régulation des naissances car nos études, qui comportaient un module de gynécologie au deuxième cycle et des séminaires sur la santé de la femme pendant l'internat, ne proposaient rien sur ce sujet. De plus, la formation que j'ai faite <sup>1</sup> présentait une approche pas uniquement "médicale", mais prenait en compte d'autres aspects : religieux, psychologique, sociologique. Ce qui à mon sens est primordial pour prendre en charge correctement les patient(e)s. Ces aspects sont rarement abordés dans nos études qui res-

sent très "scolaires". Dans mon exercice de médecine générale en groupe, le fait d'avoir eu une approche différente en formation m'autorise plus à aborder les aspects "non médicaux" dans les discussions autour de la prise en charge des patients. Et les patients en profitent aussi quand ils consultent les autres médecins du cabinet, qui voient du coup aussi "autre chose". Je parle de cette formation à tous les internes qui sont intéressés par le sujet, car je trouve qu'elle ouvre d'autres horizons : on apprend des choses sur le plan médical et "non médical". » ■

1. Diplôme inter universitaire (DIU) de régulation des naissances, une année de formation théorique sous forme de séminaires de deux jours par mois et 20 heures de stage pratique, par exemple dans un centre d'IVG et de contraception.

# Médecine générale : une spécialité ?

**L**a médecine générale est devenue une spécialité... C'est un paradoxe ! Le pari de l'inscription dans une filière universitaire était de voir la discipline enfin mieux reconnue et des moyens supplémentaires, humains et matériels, accordés aux « départements de médecine générale ». Ceux-ci, de façon variable selon les facultés, délivrent un enseignement original et plus adapté au métier de généraliste. Pour autant, cela reste insuffisant et n'a pas résolu la désaffection pour la médecine générale, car les étudiants sont totalement accaparés par le programme d'apprentissage encyclopédique qui ignore la spécificité et l'intérêt de ce métier. Ils sont sélectionnés à la fin de la sixième année par un examen national qui détermine le choix de leur spécialité. Ceux qui s'orientent vers la médecine générale, par choix ou par dépit, continuent d'apprendre leur métier surtout à l'hôpital, où ils fournissent une main-d'œuvre bon marché. Leurs études s'allongent, mais ils n'ont pas assez de stages en médecine de premier recours. Les contraintes de la carrière universitaire, nouvellement créée, font craindre que les enseignants soient happés par des travaux de recherche et de publication, leur laissant peu de temps pour l'enseignement de la clinique qui fait la spécificité du métier. Les étudiants en médecine générale sont plutôt mieux formés qu'il y a vingt ans, mais aussi plus désemparés à l'idée de s'installer. Ils aspirent à un travail salarié, et surtout collectif, ce qui ne manquera pas d'entraîner des changements dans le paysage pour les prochaines années. —

# La formation des généralistes

**Pour devenir généraliste, on fait plus d'études qu'il y a vingt ans, mais encore assez peu sur le terrain où l'on va l'exercer.**

**Martine Lalande,**  
 médecin généraliste,  
 maître de stage  
 à l'université  
 Paris Diderot-Paris 7

**Marie Kayser,**  
 médecin généraliste,  
 maître de stage  
 à la faculté de Nantes

Avant 1982, pour devenir généraliste, on faisait sept ans d'études, avec des stages à l'hôpital à partir de la 4<sup>e</sup> année, en tant qu'externe puis « stagiaire interné » en 7<sup>e</sup> année. On apprenait vraiment son métier en faisant des remplacements. Il y avait deux généralistes pour un spécialiste en ville. On pouvait devenir spécialiste en ville en suivant trois années d'études supplémentaires (certificat d'études spécialisées). Ceux qui ne vou-

laient pas être généralistes et continuer à l'hôpital passaient le concours de l'internat, en fin de 6<sup>e</sup> année.

Puis les études ont été allongées de deux puis trois ans pour les généralistes (3<sup>e</sup> cycle de médecine générale), avec quarante demi-journées de stage en cabinet de ville. L'accès aux spécialités était réservé à ceux qui réussissaient l'internat, organisé par régions.

Ensuite, le stage chez le praticien durant le 3<sup>e</sup> cycle de médecine générale a été allongé à six mois, et un enseignement spécifique s'est mis en place, ainsi que la constitution d'équipes de maîtres de stages.

Depuis 1997, le stage chez le praticien existe dans les textes pour les étudiants de 2<sup>e</sup> cycle, mais il ne commence à se mettre en place en 5<sup>e</sup> année que depuis un an ou deux, car les décrets ne sont parus qu'en 2009. Tous les étudiants ne peuvent pas le faire, par manque de maîtres de stages. La plupart ne connaissent donc que l'hôpital avant de choisir une spécialité.

A partir de 2004, pour devenir généraliste, il faut passer, comme tous les étudiants, les « épreuves classantes nationales » (ECN) en fin de 6<sup>e</sup> année. Ce n'est plus un concours comme l'internat, il n'y a pas de note éliminatoire, tous les étudiants sont classés. En fonction de son rang, on choisit une spécialité. La médecine générale est parfois choisie par des étudiants bien classés, mais la majorité des places en médecine générale reste après le choix des autres spécialités. Le classement à cet examen détermine la ville où l'on va faire son 3<sup>e</sup> cycle et le choix

des stages. Certains postes de médecine générale ne sont pas choisis, car il y a plus de postes à l'ECN que de candidats (en raison des redoublements).

Si l'on veut absolument être généraliste, on peut ne pas chercher à être bien classé aux ECN, ce qui laisse penser que la médecine générale est choisie toujours par défaut, alors que ce peut être par choix. Mais il n'y a pas d'enquête sur le sujet.

Depuis 2008, la médecine générale a une « filière universitaire de médecine générale », avec des maîtres de conférences et quelques professeurs, et des enseignants associés.

Ceux qui choisissent médecine générale font trois ans de stages de six mois, quatre à l'hôpital, en gynécologie ou pédiatrie, aux urgences, en médecine, un stage libre, six mois en médecine de ville, et un stage « en autonomie supervisée » ou dans une autre structure médicale « validée par le coordinateur de médecine générale ». Depuis peu, le stage libre devrait pouvoir se faire en ville.

Certains étudiants continuent leurs études au-delà du 3<sup>e</sup> cycle, postulant pour être chefs de clinique en médecine générale. Ils font deux ans de plus, avec de la recherche et de l'enseignement.

Certains font quatre ou six ans de plus et pourront devenir maîtres de conférences puis professeurs, avec le même parcours que dans les autres spécialités. Pour s'installer comme médecin généraliste, il faut valider, en plus de la thèse, un diplôme d'études spécialisées (DES) basé sur des écrits attestant l'acquisition de compétences réunies dans un « portfolio », et un travail de recherche en

médecine générale : un mémoire ou la thèse si elle est sur un sujet en rapport avec les soins ambulatoires. On peut travailler comme remplaçant durant trois ans après la fin du 3<sup>e</sup> cycle, ensuite il faut avoir validé le DES.

Actuellement, la proportion de médecins en France est d'un généraliste pour un spécialiste. Les femmes représentent 60 % des étudiants en 2<sup>e</sup> année et 80 % des étudiants en médecine générale. La moyenne d'âge d'installation des généralistes est de 40 ans. ■

« La proportion de médecins en France est d'un généraliste pour un spécialiste. »

# Enseigner

§ Formation initiale, Formation continue  
 § Transmission, transgénérationnelle  
 § Médecin généraliste, médecine générale

**Quand enseigner, c'est partager ses connaissances, son expérience, ses doutes avec les étudiants pour entendre ce que nous disent les patients.**

Je fais partie de ces « vieux » généralistes pionniers qui enseignent encore la médecine à la faculté. Sans titre autre que celui de « chargée de cours », sans diplôme. Pour combien de temps encore dans le nouveau système qui se met en place ? Je n'en sais rien. Transmettre, partager, une envie des premiers temps.

J'ai accueilli des stagiaires très tôt au cabinet médical. Le regard du stagiaire sur mon travail. Ses questions, ses étonnements, ses désaccords, ses enthousiasmes. « Pourquoi vous dites ça, pourquoi vous faites ça, pourquoi vous prescrivez ça ? » Première réponse : j'en sais rien... Et puis si, il y a bien une, des raisons à ce que je dis ou fais. Je cherche à expliquer, à argumenter. Je ne trouve pas souvent sur le champ. Il me faut du temps, de l'analyse pour répondre. Parce que ce que je dis ou fais, je ne le fais pas par hasard... Observation, écoute, perception. Inventivité, flair, culot. Expérience, savoirs. Un cheminement qui peut aller du plus rapide au plus lent, au rythme du patient, pas du mien. De la tolérance, un infini respect, de l'admiration, de la compassion.

Puis sont venues les séances d'initiation ou de sensibilisation à la médecine générale que quelques uns d'entre nous faisons en second cycle dans les services hospitaliers. Pour ma part, j'accueillais les externes du service de médecine hépato-digestive. Difficile « implantation » au départ. Il fallait avoir un peu le « feu sacré », pour se faire une place. Puis au fil des ans, la reconnaissance, non pas du chef de service, mais celle de ses condisciples, s'est installée.

Puis une direction de thèse. Un coup d'essai, un coup de maître de ma thésarde Anne Chapel, obtenant le premier prix de thèse de médecine générale à Bichat.

Ayant dirigé cette thèse, je fus enrôlée pour participer à un cours sur « médecine générale et cultures différentes » avec deux autres collègues auprès des étudiants de 3<sup>e</sup> cycle en médecine générale. Les cours avaient lieu le soir à 20 h 30, les étudiants venaient parfois de loin après leur journée de travail. Je ressentais alors la nécessité de leur donner de l'excellence pour cet effort. Je me suis inscrite à l'école du CNGE et j'ai suivi le cursus durant quatre ans, à raison de deux à trois week-ends par an. C'étaient le samedi et le

dimanche à Paris, ce qui faisait que j'enchaînais parfois quinze jours de travail non stop.

Puis les cours ont eu lieu en journée avec des effectifs dédoublés. D'autres sujets m'ont été confiés. Désormais j'assume, en plus de « Médecine générale et cultures différentes », celui sur le « Patient fonctionnel » aux internes effectuant leur stage chez le praticien, ces cours durent deux heures. Deux autres sujets qui sont traités sur une journée entière : « Le couple en souffrance » où j'aborde la stérilité, l'IVG et les violences faites aux femmes et « Santé-Précarité ». Le montage de ce dernier enseignement, je l'ai réalisé avec un de mes anciens stagiaires. Ce sont les étudiants qui évaluent le cours, cela permet de progresser, d'améliorer sans cesse en se référant aux résultats des évaluations qui sont anonymes.

Ai-je choisi ces sujets d'enseignements ? Pas vraiment, ils m'ont été confiés sans doute parce que mes collègues savaient que j'avais des connaissances sur ceux-là. Comme par hasard, ce sont des thèmes qui étonnent et interpellent les étudiants. Eveiller leur curiosité, leur donner la parole, les pousser à développer leur esprit critique, tenter de les convaincre d'exprimer leurs ressentis sans tabous, sortir des normes imposées.

Comme dans un jardin sans pesticides ni engrais, sur ce que j'ai semé et sur que je sème encore, quelques graines s'épanouissent, des greffes prennent, ça et là. Je suis heureuse de revoir d'anciens stagiaires, de rencontrer des praticiens qui se souviennent des séances de sensibilisation à la médecine générale ou des enseignements dirigés de psychologie, de susciter des sujets de travail de thèse. Cerise sur le gâteau, quand j'ai cessé d'exercer dans la cité, de jeunes confrères ont pris la suite dans un esprit qui me va bien.

C'est ainsi que je tente de transmettre des valeurs qui me semblent indispensables à l'exercice de la médecine. Les petits ruisseaux font les grandes rivières... ■

**Sylvie Cognard,**  
médecin généraliste,  
enseignante à la faculté  
d'Angers

« Observation,  
écoute,  
perception.  
Inventivité, flair,  
culot. Expérience,  
savoirs. »

# Sauver la médecine de famille ?

**Malmenée depuis les années 60, la médecine de famille ne pourra s'épanouir que par les conclusions de sa pensée scientifique qui envisage l'avenir en privilégiant l'humain et non les machines.**

**Louis Velluet,** ancien médecin de famille, psychanalyste  
Lorsqu'ils parcourent la marelle du pouvoir, patientant quelques jours sur la case « ministère de la Santé » avant de repartir vers le ciel des postes valorisants, les hommes (femmes) politiques manquent rarement de souligner au passage l'importance du médecin généraliste, « pivot du système de santé », « pièce essentielle », « référent incontournable ». Un peu plus au fait de l'actualité, il peut même leur arriver de se féliciter de la reconnaissance récente de la médecine de générale comme Spécialité Médicale « à part entière ».

Cette unanimité ne fait que rendre plus manifeste le monde d'illusions dans lequel vivent beaucoup de responsables dans notre pays. Analysée sans a priori, la réalité est en effet tout autre : encensée, maquillée de réformes illusoire, la médecine générale (ou « de famille », ainsi que la nomment plus justement la plupart des pays occidentaux) est, en France, pratiquement à bout de souffle.

« A l'intérieur des Centres Hospitaliers Universitaires, devaient désormais officier des professionnels omniscients. »

Comment en est-on arrivé là ? Comment expliquer le mépris ou la condescendance – soigneusement dissimulés – dont font preuve à son égard, beaucoup plus souvent qu'on ne l'imagine, aussi bien des responsables d'organismes sociaux que, curieusement, beaucoup de médecins qui n'exercent pas cette discipline ? Cette pratique est-elle réellement obsolète et doit-on la voir disparaître sans regret ?

Telles sont les questions auxquelles il est urgent que notre société réponde, avant que la situation soit devenue irréversible.

## L'évolution au cours des cinquante dernières années

Pour accompagner la démarche d'explicitation d'une certaine réalité médicale entreprise ici, un rappel historique s'impose.

La décennie qui suivit le retour au pouvoir du Général de Gaulle fut marquée par une série de réformes d'une portée considérable. L'une des

plus importantes, mais pas nécessairement celle qui attira le plus l'attention, concernait la médecine. Considérée à l'époque comme une avancée intéressante, la réforme Debré initiée au cours des années 60 a pourtant modifié profondément les conditions d'exercice dans un sens que n'avait pas imaginé son concepteur, et dont nous subissons les conséquences aujourd'hui.

L'essentiel de la réforme consistait à instituer le temps plein d'hospitalier, c'est-à-dire à faire des médecins considérés comme les plus compétents et les plus titrés des fonctionnaires d'une espèce particulière. L'hypothèse qui sous-tendait cette modification radicale de l'exercice médical s'appuyait sur la conviction que la recherche, l'enseignement et les soins pouvaient – et devaient – être assumés, pour toutes les disciplines, par les mêmes personnes, et dans un lieu unique. A l'intérieur des Centres Hospitaliers Universitaires (les CHU), devaient désormais officier des professionnels omniscients. Cette hypothèse qui semble, avec le recul, pour le moins discutable, n'a pas porté les fruits que souhaitait son auteur. Au sein du système, des médecins exerçant aux plus hauts échelons de structures n'hésitent plus à la contester, arguant justement du fait que la polyvalence n'est pas la règle générale et que certaines aptitudes sont exclusives. Mais la conséquence la plus grave de cette réforme est restée longtemps inapparente. Il a fallu un quart de siècle pour qu'apparaissent ses effets négatifs.

Avant la réforme, tous les médecins hospitaliers entretenaient des liens avec le milieu de vie habituel des patients et avec les médecins des villes et des campagnes. Liens plus ou moins profonds, mais constants, établis en fonction de leurs activités privées et souvent liens plus personnels avec des praticiens qui n'hésitaient pas à faire appel à leur compétence sur le terrain, en les amenant même parfois au chevet de leurs malades.

La plupart d'entre eux possédaient ainsi une connaissance directe des aspects spécifiques de la médecine générale. Or, cette connaissance s'est peu à peu délitée dans la mesure où, les années passant, de nouvelles générations de médecins, formés

presque exclusivement en milieu fermé, accédaient à la responsabilité des services au sein des CHU. Sous les effets conjugués de l'éloignement du milieu de vie normal et du sentiment de posséder un savoir exhaustif, s'est constituée ainsi une croyance implicite selon laquelle la médecine interne, pratiquée dans les services du même nom, et la médecine générale dont le domaine se situait dans un autre espace, ne faisaient qu'un.

L'université médicale s'est alors trouvée dans l'incapacité de promouvoir, et par la même de préserver, une discipline dont elle ignorait les fondements, persuadée que l'objet de la médecine réside essentiellement dans la recherche, le classement et le traitement des maladies physiques, tout le reste devant être confié aux psychiatres, psychologues et autres professionnels du psychisme.

Enfin, l'instauration d'un *numerus clausus* limitant de façon drastique le nombre des étudiants en médecine a aggravé la situation. L'aboutissement en a été la raréfaction des médecins de famille, contribuant largement à la rupture du maillage social, rupture dont on a pu voir les effets dévastateurs au cours de l'été caniculaire 2003.

Paradoxalement, dans le temps où notre pays voyait se renforcer sa tendance à l'hospitalo-centrisme, la médecine générale réaffirmait son identité à travers une volonté européenne de promouvoir des actions de recherche spécifiques, volonté rassemblant des enseignants généralistes des principaux pays de la Communauté européenne auxquels étaient venus s'adjoindre, dès cette époque, des représentants de la Hongrie et de l'Allemagne de l'Est. La première « Conférence sur l'enseignement de la médecine générale » eut lieu à Bruxelles en 1970, sous les auspices de la Société Flamande de Médecine Générale, mais c'est en 1974 que fut constitué le groupe de recherche qui élaborait la définition européenne adoptée le 28 septembre 1977 par le Conseil des Ministres de la Communauté (Résolution 77/30).

Les différents pays de la Communauté Européenne prirent en compte, chacun à leur manière, les recommandations mais on peut – et on doit – s'interroger sur les raisons de cette négligence, elles demeurèrent en France pratiquement ignorées dans l'Université Médicale. Certes, des réformes furent opérées, en particulier des « Départements de Médecine Générale » furent créés, mais cela se fit avec beaucoup de réticences dans les esprits et de lenteur en ce qui concernait leur réalisation matérielle.

Au point que le nom de « Département » resta longtemps interdit dans beaucoup de Facultés et que les responsables généralistes furent souvent flanqués d'un collègue hospitalo-universitaire, voire chapeautés par lui.

La situation semble s'être aujourd'hui améliorée avec cette reconnaissance récente de la médecine

générale définie comme une « spécialité », mais le risque demeure que cela ne soit qu'une promotion en trompe-l'œil, car le mouvement général reste celui d'une absorption dans l'institution plutôt que d'une reconnaissance de sa réelle spécificité. Il est très étonnant de constater que la plupart des membres du corps hospitalo-universitaire, interrogés sur la définition de la médecine de famille et sur son rôle, sont encore, à ce jour, dans l'incapacité de répondre. La plupart d'entre eux ne conçoivent ses représentants que comme des sortes de pseudopodes dont la fonction consiste à ramener toute une population de malades qui s'ignorent au sein de l'univers de l'omnipotente Science Médicale. Rappelons donc, pour ceux d'entre eux qui nous liront, la véritable nature de cette mystérieuse activité.

### La Science du particulier et de la vie « in situ »

La Médecine de Famille suppose en premier une relation *proche, personnelle* et *continue* avec les sujets qui s'adressent à elle.

On voit que les trois premiers termes de la définition, s'articulant entre eux donnent une image tout à fait claire d'une fonction médicale originale, différente de toutes les autres, mais parfaitement complémentaire.

Si nous introduisons maintenant la seconde partie de la définition, la supériorité de ce « suivi longitudinal individualisé » se trouve renforcée et sa spécificité rendue encore plus évidente dans la mesure où soigner « sans distinction d'âge, de sexe ou de pathologie » permet d'observer tous les membres d'un groupe familial (ou même d'une entité sociale), de déceler les interactions pathologiques éventuelles et d'intervenir au profit de tel ou tel, favorisant ainsi le maintien des équilibres des groupes humains au sein de la population.

Pour aller plus précisément à l'essentiel, cette activité du médecin de famille est la seule qui permette de déceler, dès leur émergence, les pathologies liées aux ruptures des équilibres physiologiques, somatiques et/ou psychologiques, que ces ruptures concernent apparemment les premiers nommés ou qu'elles succèdent à des traumatismes où les deux origines sont difficilement démêlables.

C'est à Michael Balint que revient le mérite d'avoir mis en évidence le fait que le médecin généraliste, en tant que personnage doué d'un « supposé-savoir », et donc d'un « supposé-pouvoir », avait la capacité de mobiliser chez les patients des réactions physiologiques protectrices susceptibles d'atténuer les effets de ces défaillances.

Nous touchons ici au point crucial des recherches menées depuis plus d'un demi-siècle, recherches dont l'aboutissement projette une lumière crue sur les taches aveugles d'une certaine idéologie médi-

« L'instauration d'un *numerus clausus* limitant de façon drastique le nombre des étudiants en médecine a aggravé la situation. »

.../...

.../...

cale. Tous les travaux de la recherche psychosomatique depuis les années 50 montrent en effet l'urgence de trouver un correctif au morcellement clinique qui tend à faire disparaître le sujet souffrant derrière ses organes. Les Cannon, Alexander et autres Selye ont montré qu'assurer la santé apparente d'un patient ne peut être en effet qu'un leurre s'il est fait l'impasse sur son unicité profonde, sur la manière dont ses composantes psycho-affectives interviennent inévitablement dans le maintien de ses équilibres vitaux. La médecine de famille constitue l'espace spécifique protecteur qui peut assurer le maintien de ces équilibres.

### Conclusion

Dans la zone frontalière qui sépare le monde du quotidien du monde médical, mais bien immergé dans le premier, le médecin de famille n'est certainement pas le représentant d'une spécialité comme les autres.

En fait, les recherches que nous avons évoquées montrent qu'il est irremplaçable dans sa fonction de garant d'un maillage social qui tend chaque jour un peu plus à se défaire et qu'il serait certainement urgent de commencer à retisser.

Arrivés au terme de ce survol d'une situation

sociale qui apparaît aussi sous-estimée que préoccupante, on est tenté de reformuler ainsi la question initiale : faut-il continuer à favoriser l'extension des structures hospitalières, considérées comme les temples de la « vraie médecine » ou faut-il, au contraire, limiter strictement leur croissance en s'efforçant de redonner à la médecine de proximité les moyens de remplir son rôle fondamental de prévention, rendant ainsi inutiles les institutions démesurées ?

La réponse est sans doute à nuancer, mais celle à apporter à la question formulée dans notre titre devrait être, à l'inverse, catégoriquement positive. Elle est basée, non sur quelque nostalgie du passé, comme feignent de le croire certains acteurs de santé, mais tout au contraire sur les conclusions d'une pensée scientifique qui envisage l'avenir.

L'Université médicale ouvrira-t-elle les yeux ? Les responsables politiques et les institutionnels des structures sociales auront-ils le courage de mettre fin à quelques décennies d'immobilisme et surtout à leur obsession de domestiquer les médecins de famille et d'en faire des fonctionnaires obéissants ?

Cela dépendra sans doute de l'énergie que les citoyens mettront à les convaincre de privilégier l'humain et non les machines. ■

## Un film à voir où à revoir, *Barberousse* de Kurosawa

■ Sylvie Cognard, médecin généraliste

Un film sur l'initiation des apprentissages et la transmission d'un art de la médecine.

Un jour d'automne, vers 1820, un jeune médecin diplômé de l'université de Nagasaki est nommé, contre son gré, dans un hôpital misérable d'un quartier de Tokyo. L'hôpital est dirigé par un médecin, « Barberousse », tyrannique avec ses collègues, tendre avec ses malades, dont le sacerdoce est de combattre la misère et l'ignorance qu'il pense responsables des maux de ses patients. Parce que les politiques ne s'attaquent pas à ces deux fléaux, il part de sa place de médecin pour les combattre. Il n'hésite pas à bagarrer, à transgresser, à faire chanter le riche pour sauver le pauvre.

Petit à petit, le jeune Yasumoto, ambitieux et hautain, va ouvrir les yeux sur les autres et apprendre à lire à travers les apparences, à percevoir l'âme au-delà du corps. Lui-même sera malade. Il sera soigné et guéri par une petite fille arrachée à une mère maquerelle, qu'il a soignée avec patience et amour. Ainsi son changement d'attitude, sa « rédemption », ne vient pas de la souffrance mais de l'amour. « Derrière chaque maladie, dit Barberousse, il y a toujours un malheur de la vie. » Les personnages de Kurosawa ne font rien d'autre qu'apprendre à vivre afin de pouvoir accepter leur mort.

Ce qui est beau dans *Barberousse*, c'est que ces leçons nous parviennent à travers des histoires atroces et superbes, sur lesquelles Barberousse, alias Kurosawa, pose le regard de la compassion. Mais une compassion à la Dostoïevski. « Dostoïevski, dit-il, a le courage de contempler la misère des hommes. Il ne détourne pas les yeux ; et il est si plein de tendresse qu'il souffre de la même souffrance. » A la fin du film, c'est une image de solidarité et d'espoir que le jeune médecin contemple : des femmes hurlent dans un puits le prénom d'un enfant qui se meurt d'un empoisonnement familial collectif, volontairement programmé pour échapper définitivement à la misère devenue intolérable. Ces femmes espèrent, selon une vieille superstition, rappeler son âme des entrailles de la terre. L'enfant revient à la vie en vomissant le poison, et nous comprenons que c'est leur amour qui l'a sauvé. ■

# Enseigner l'erreur médicale

§ Formation initiale, Formation continue  
 § Société  
 § Culpabilisation  
 § Personnel soignant

**Travailler sur l'erreur est une bonne formation, car cela demande de s'interroger sur l'individu et sur le système.**

« **T**o err is human ». Réflexion anglo-saxonne, outil pédagogique au Québec, programme proposé aux abonnés de la revue *Prescrire*<sup>1</sup>, l'erreur médicale est un sujet d'enseignement, encore embryonnaire à la faculté de médecine, mais qui commence à faire l'objet de communications et d'ateliers dans les congrès de médecine générale<sup>2</sup>. Eric Galam est pionnier de cet enseignement à la faculté Paris 7, il l'organise avec les étudiants en stage de troisième cycle, en petits groupes, pour permettre la parole. Nous lui avons demandé pourquoi on ne pourrait pas faire cet enseignement aussi dans le deuxième cycle. « En effet, cet enseignement pourrait se faire plus tôt, car il touche au fondement culturel de la médecine : l'idée de ce qu'est un « bon » médecin, que la médecine doit être désaffectivée, qu'elle peut atteindre la perfection font partie du curriculum caché qui fonde la culture médicale. Travailler sur l'erreur demande de s'interroger sur l'individu et sur le système. L'individu a pu être bon ou moins bon, pour des raisons légitimes : si j'ai fait une erreur, j'avais une « bonne » raison, et il me faut comprendre pourquoi, sinon je vais refaire la même erreur. Et le système : d'autres éléments ont pu jouer et toute la chaîne des intervenants, avant ou après, aurait pu repérer l'erreur et l'éviter, c'est l'ensemble qui a dysfonctionné. L'erreur n'est pas forcément un problème de connaissances ni de gestion, mais c'est un problème systémique, lié à des interactions, et qui se produit dans le temps. Pourquoi l'erreur est-elle intervenue, qu'a-t-on fait quand elle est arrivée et que fait-on après ? On dit que l'erreur est un drame, on va condamner le soignant et on va lui demander de continuer à travailler, j'appelle ça la double peine. Alors qu'il est hyperesthésique car cela lui est arrivé et on lui demande d'être encore plus parfait. On sait que ce n'est pas possible, on le met dans une contrainte folle. Il a le choix soit d'arrêter, ce qui est peut-être une « solution » (douloureuse) pour lui, soit de dysfonctionner en faisant de la médecine défensive : je ne prends plus de risque, alors que c'est impossible. Même si on fait de la médecine

defensive, on n'est pas à l'abri d'une nouvelle erreur. C'est vraiment aux fondements même de la médecine. Les généralistes sont moteurs, mais cela touche toute la médecine. Ce sont des positionnements culturels que portent les généralistes, car ils savent que la vie n'est pas parfaite, ils savent qu'ils travaillent dans des dimensions variables, avec différents intervenants. Parce qu'on est plus exposés que les autres : cela fait mal, cela fait peur, et on sait comment ça marche. » ■

Entretien avec **Eric Galam**, enseignant au département médecine générale Paris Diderot-Paris 7  
 Propos recueillis par **Martine Lalande**

En avant-première, un extrait de l'ouvrage d'Eric Galam sur *L'erreur médicale, le burn-out et le soignant*<sup>3</sup> : « "To err is human". C'est le titre du rapport paru en 2000 aux Etats-Unis et qui a marqué un changement majeur d'orientation de la médecine moderne. Pour plusieurs raisons : la médecine n'est pas une science exacte, mais une activité à risque. Le risque zéro n'existe pas, mais on peut s'efforcer d'y tendre et de gérer l'imperfection en comprenant et en agissant sur les individus, les pratiques et les systèmes. Les effets indésirables liés aux soins et les erreurs médicales ont un coût humain et financier considérable. Ils ne proviennent pas uniquement d'un défaut de connaissance ou de comportement, mais aussi d'aspects humains, structurels, organisationnels et culturels. Le choix de l'approche pédagogique et systémique (pardonner et se souvenir plutôt que punir et oublier) est plus rentable humainement et financièrement que l'approche sanctionnant des individus "coupables". » ■

- 1. « Eviter l'évitable : le soignant, l'erreur et son signalement », *Prescrire*, juin 2010, T 30, n° 320 p. 456-460.
- 2. Une séance plénière a eu lieu sur ce thème au congrès de médecine générale à Nice en juin 2011 : « De l'erreur médicale à la sécurité des patients ».
- 3. A paraître début 2012 aux éditions Springer.

# Pas assez d'enseignants

**Pour enseigner la médecine générale, il faut des moyens universitaires. Sans cela, comment apprendre ce métier à tous les étudiants ?**

Entretien avec  
**Michel Nougairède**,  
professeur de médecine  
générale, université  
Paris Diderot-Paris 7.  
Propos recueillis par  
**Martine Lalande**

**Pratiques : La médecine générale est devenue une spécialité, a-t-elle obtenu plus de moyens ?**

**Michel Nougairède :** On obtient plus moyens depuis longtemps, mais cela reste loin des besoins. Il n'y a plus que quelques facultés où l'enseignement de la médecine générale est encore assuré par des médecins d'autres spécialités. Les titulaires de médecine générale sont considérés au même plan que les enseignants des autres spécialités... Dix postes de maîtres de conférences et professeurs titulaires ont été créés il y a deux ans, dix autres cette année (vingt titulaires pour quarante quatre universités) et il y a cent à cent cinquante associés à mi-temps qui doivent demander tous les trois ans à être renouvelés. Seuls les titulaires sont inamovibles. L'augmentation des enseignants ne suit pas l'augmentation démographique des internes, qui va augmenter de 1,5 d'ici trois ans.

**Quel est l'apport des chefs de clinique en médecine générale ?**

Les chefs de clinique sont un nouveau type d'enseignants. Ce sont des jeunes motivés qui, pour un certain nombre, ont fait une année supplémentaire, par exemple en épidémiologie pour obtenir un Master 2<sup>1</sup> et se sont investis dans les départements. Ils font une ou plusieurs années comme remplaçant ou collaborateur. Chaque faculté s'organise comme elle veut. Certains ne font aucun enseignement, seulement de la recherche. Ailleurs, on leur demande de faire l'enseignement car les équipes sont exsangues. A Paris 7, les chefs de clinique ont une charte et doivent participer à un certain nombre d'activités : diriger des thèses, faire du tutorat et des enseignements. Chacun a une mission : Julien encadre les externes en stage de médecine générale, Jocelyn a revu l'enseignement sur les personnes âgées et les soins palliatifs, Thomas gère le certificat optionnel de prévention au deuxième cycle.

« Je ne crois pas que beaucoup de généralistes participent à la rédaction des ECN ni à leur correction. »

Le bureau du département de médecine générale se réunit une fois par mois, et une journée par an avec les enseignants associés et les chefs de clinique. Comme le 7 juillet dernier, sur l'organisation du tutorat pour 2012. Avoir des enseignants et des chefs de cliniques permet de mieux encadrer les internes, d'être plus présents pour qu'ils fassent leurs stages, leur enseignement, la thèse et le mémoire de DES<sup>2</sup> en trois ou quatre ans, pas six comme souvent. Les sept facultés d'Ile-de-France ont harmonisé leur portfolio<sup>3</sup> avec les traces d'apprentissage : ils voient une situation, ils la colligent dans un carnet, ils font une recherche. Puis ils la travaillent à fond en faisant un récit de situation clinique authentique, ou ils la mettent sur leur journal de bord. L'écrit est important, c'est autre chose que réfléchir en faisant, ils croisent leur réflexion avec les professionnels de santé du lieu de stage et la travaillent avec les tuteurs. Les « traces » sont publiées sur le site de la fac, sous l'article : « Pourquoi faire écrire les internes ».

**Les futurs enseignants de médecine générale seront les actuels chefs de clinique ?**

Les enseignants associés peuvent être titularisés sur leurs travaux. Mais cela demande un travail considérable, une thèse de science, des publications... Une de nos collègues s'y emploie, elle y consacre deux jours par semaine. Certains chefs de clinique font deux ans pour parfaire leur formation. D'autres espèrent être prolongés pour devenir universitaires. Ils feront quatre à six années de travail acharné avec un peu de clinique pour vivre, et un peu d'enseignement. Ils devront trouver des bourses de recherche. Ce sera une vie difficile, jusqu'au jour où ils seront titularisés. Entre la fin du clinicat et la titularisation, il n'y a rien pour les généralistes, pas de titre pour enseigner, pas de lieu où faire de la recherche, alors que pour les autres spécialités, il y a des postes de praticien à l'hôpital. Un certain nombre abandonneront, car c'est trop de sacrifices et d'incertitudes.

### **Comment s'organise le relais entre enseignants généralistes de la vieille école et jeunes enseignants ?**

Les titulaires sont des vieux militants. Mais ils vont disparaître, avant que les jeunes aient le nombre de travaux nécessaires pour un titre universitaire. On a titularisé sans les titres et travaux que l'université demande habituellement, comme toujours dans les nouvelles disciplines. Le cursus des chefs de clinique prend au moins sept ans. Quand notre génération partira, on n'aura pas assez de trois ou quatre chefs de clinique pour assurer la succession. Et le nombre d'étudiants va augmenter. En stage, les internes sont surtout encadrés par les généralistes. Quand ils arrivent sur le terrain, ils sont inquiets, centrés sur la maladie, ils ne savent pas quoi faire. Ils découvrent qu'ils ont du temps, de l'espace, qu'ils peuvent discuter à plusieurs. Ils apprennent mieux en faisant seuls qu'en restant assis à côté du maître de stage. Multiplier le nombre de maîtres de stage par 1,5 en trois ans paraît difficile. On essaie de les recruter dans les lieux de FMC<sup>4</sup>, DPC<sup>5</sup>, les réseaux de santé et le bouche à oreilles. On demande aux chefs de service de proposer à leurs correspondants, on fait des mailings... Les généralistes récemment sortis de la faculté vont améliorer l'encadrement, car ils ont été formés dans le cadre d'une vision différente du rôle des généralistes. Ils sont convaincus qu'il faut informer les patients avant de prendre une décision, qu'il faut tenir un dossier médical pour la permanence des soins, gérer les pathologies chroniques et la prévention.

### **Comment la formation des futurs généralistes a-t-elle évolué ?**

Les internes de médecine générale sont beaucoup mieux formés. Il y a vingt ans, la première chose à apprendre sur la santé de l'enfant était la diarrhée, maintenant ils savent. Les hospitaliers qui préféreraient prendre des médecins étrangers ou des faisant fonction d'internes, préfèrent maintenant des internes de médecine générale qu'ils ont repérés. Ils se rendent compte qu'ils croisent des étudiants de qualité. C'est grâce à l'encadrement de l'enseignement de la médecine générale. Et réciproquement : les évaluations systématiques de tous les stages et enseignements en Ile-de-France par les étudiants, montrées à tout le monde sur le site, jouent sur les choix de stages et sur l'enseignement. A l'hôpital, on ne propose pas d'interne aux services dont l'encadrement est insuffisant ou l'activité trop spécialisée. Tous les internes de médecine générale font un stage de six mois chez le praticien, c'est un gros progrès. Et de plus en plus d'étudiants choisissent le SASPAS<sup>6</sup>. Il faudrait

que tous les étudiants de deuxième cycle puissent faire un stage chez le praticien.

### **Comment garantir que l'enseignement reste de qualité ?**

Il y a des rencontres entre les enseignants, un collège de la discipline qui organise des congrès, où l'on échange avec les Belges, les Canadiens... On a gagné en indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. A la journée de médecine générale de Bichat, autrefois, il y avait les stands des laboratoires, maintenant il y a la revue *Prescrire*. Les chefs de clinique animeront les départements de médecine générale mieux que les anciens, car ils seront moins pris par leurs consultations. Quand on travaille dans un centre de santé avec un salaire fixe, on a moins la tentation (ou l'obligation) de travailler beaucoup, et il peut être appréciable d'être payé à mi-temps pour faire de la recherche et de l'enseignement plutôt que sur ses loisirs. Il faudrait un post-internat de deux ans avec des responsabilités d'enseignement dans les territoires en lien avec la faculté. Beaucoup de jeunes chefs de cliniques payés un tiers de temps pour s'occuper des externes et des internes, et faire de la FMC, avec pour mission de recruter des maîtres de stage. L'installation les effraie, ils cherchent un complément de formation, ils pourraient le faire en ville. Pour les généralistes, il y a un chef de clinique pour quatre-vingt étudiants, alors que 50 % des internes des autres spécialités peuvent poursuivre leur formation pendant deux ou quatre ans. Cela créerait une dynamique pour les étudiants et les médecins déjà installés. Les pôles ou maisons de santé seraient des lieux idéaux pour ce post-internat. Ils feront des maîtres de stage de qualité. ■

- 
- 1. Deuxième année de maîtrise, permettant d'obtenir un niveau de doctorant en sciences.
- 2. Diplôme d'études spéciales, qui clôture les études médicales, à l'issue de l'internat et avec la thèse de doctorat.
- 3. Recueil, organisé par compétences, des travaux de l'interne.
- 4. Formation médicale continue, réunions et séminaires de formation suivis par les médecins en exercice (facultatif et très souvent subventionné par l'industrie pharmaceutique, mais il existe des associations de FMC indépendantes, locales ou nationales comme la SFTG : société de formation thérapeutique des généralistes).
- 5. Développement professionnel continu, démarche de formation exigée des médecins, qui comprend la formation médicale continue traditionnelle et d'autres procédures dont l'EPP : évaluation des pratiques professionnelles.
- 6. Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée, deuxième stage chez le praticien au cours des trois années d'internat en médecine générale, facultatif.

# 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 clinat de médecine générale par la recherche, moi je l'ai réellement découverte après. J'ai eu l'occasion de faire un Master 2<sup>1</sup> de santé publique pendant ma première année de clinat, 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 ambulatoires<sup>2</sup>. Il est probable qu'on pourrait fusionner la deuxième et la troisième année<sup>3</sup>, mais l'externat<sup>4</sup> 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 ECN<sup>5</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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 DIU<sup>6</sup> 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<sup>e</sup> à la 6<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> année) et l'un de ces stages peut être fait en ville. Internat : statut de l'étudiant à partir de la 7<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> année.
- 6. Diplôme interuniversitaire, ouvert aux médecins généralistes après leur troisième cycle.

# Ce n'est jamais ça...

**La formation à la relation serait-elle une gageure impossible ? Peut-être que non quand le « ratage » devient source de réflexion et d'ouverture...**

**Chantal Masson Verfaillie,**  
médecin généraliste,  
psychanalyste, attachée  
d'enseignement

Depuis quinze ans environ, l'enseignement des sciences humaines a été officiellement introduit dans le cursus des études médicales.

Si l'on interroge les étudiants de première année, nombreux sont ceux qui témoignent d'une grande attente à cet égard (en dehors de quelques irréductibles passionnés de technique). Quelques années plus tard, leur réponse est plus mitigée : que s'est-il passé ? A propos de la formation à la relation avec un patient, de nombreuses expériences ont été menées, des évaluations tentées, mais il reste une butée : c'est souvent raté, les étudiants se disent déçus, découragés, au pire incompetents. Car il y a souvent confusion entre l'enseignement des sciences humaines et une formation à la relation médecin/patient.

Car la relation médecin/patient ne s'enseigne pas. Il peut y avoir une sensibilisation : anthropologie, philosophie, histoire de la médecine, cours sur l'éthique, psychopathologie...

Cela peut prendre plusieurs noms : « Communication en Médecine Générale », « Savoir être, formation à la communication et à la relation » dans des séminaires dont le but est l'acquisition de compétences pour anticiper et gérer la relation.

Mais ce qui se passe de particulier et de non reproductible entre ce médecin et ce patient, ce jour-là, à cet endroit, rien à faire : impossible à prévoir, à anticiper tout à fait. Cela n'est jamais ça.

Lors d'un récent colloque à propos des soins palliatifs, une équipe a fait la présentation très séduisante des positions psychiques qui permettraient au soignant de faire face aux situations familiales complexes ; je n'ai pu que répondre que bien que ce fût un fil rouge intéressant, il est probable que ce ne serait jamais ça.

Il y aura toujours de l'imprévu et du ratage du côté du patient, comme du côté du soignant. Qui plus est, plus le soignant aura eu le sentiment de « bien » se préparer, plus le décalage obligé lui apparaîtra douloureusement. Ce qui risque de provoquer chez le soignant un sentiment d'incompétence : « Décidément, je ne suis pas bon »

et de découragement. A moins que cela ne provoque une réaction de fermeture dans des positions psychiques de déni et de défense.

J'ai poursuivi en disant qu'il me semble que la lecture dans l'après-coup de ce qui s'est passé, dans cette impasse, ce ratage éprouvé, peut nourrir les rencontres suivantes, constituer un tissu formateur (tissu au sens de l'entrecroisement des fils qui se lient les uns avec les autres) et contribuer à la formation professionnelle.

Précisément, c'est ce qui se passe pour de nombreux étudiants. Pour beaucoup, inondés de recommandations (savoir-faire, savoir être, gérer, anticiper...), ils rencontrent leurs premiers patients avec leurs limites, leur angoisse et leur impuissance. Ce ne serait pas problématique s'ils pouvaient alors être entendus dans leur propre élaboration. Ils témoignent que ce n'est pas très souvent le cas... Petit à petit, le fossé se creuse entre leurs représentations initiales et la réalité éprouvée. Le risque est alors de voir des cohortes d'étudiants se réfugier dans des exercices plus techniques ou plus ésotériques.

Une thèse de médecine générale, prenant appui sur vingt entretiens avec des internes en fin de parcours et de jeunes médecins issus de la faculté de médecine d'Angers, présentée en 2005 par Marie-Laure

Leveau, en est une possible illustration. Thèse intitulée « De l'inscription en faculté de médecine à l'exercice professionnel : hiatus et concordance entre projet initial et final ».

Elle dessine des parcours humains singuliers, mais qui témoignent régulièrement d'un sentiment d'errance, de solitude, de dé-subjectivation durant les études médicales ne les préparant pas à la rencontre avec les patients.

On retrouve alors par exemple des témoignages de relations transférentielles et contre-transférentielles insupportables,

de l'expérimentation des limites de la toute puissance médicale avec désarroi et colère, d'émotions vives face à la mort, ou d'un manque de reconnaissance et de sens qui, non élaborés sont sources de malaise et de possible hiatus.

Prendre le temps de l'élaboration, faire du lien, nommer ce qui se passe et qui passe, chacun aura

**« Il y aura toujours de l'imprévu et du ratage du côté du patient, comme du côté du soignant. »**

reconnu que je fais référence à une pratique d'analyse de pratiques de type Balint (je réserverai l'appellation « groupes Balint » à ceux qui se réfèrent à la Société Médicale Balint).

Ayant moi-même éprouvé l'effet d'une parole libre et associative en présence d'un analyste au sein d'un tel groupe, et ayant été associée à la réflexion sur la formation des médecins généralistes, j'ai proposé depuis dix ans des expériences de ce type à des petits groupes d'étudiants volontaires en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle.

Au début, ce n'est pas si simple. Ce qui surgit c'est la violence de la rencontre avec la mort, la souffrance, l'intolérable, l'impuissance, le réel du corps. C'est le désarroi devant les positions singulières et parfois incompréhensibles du patient et/ou des familles.

Un homme mourant fait signe à un étudiant afin qu'il arrache sa perfusion, ce geste lui est impossible à nommer avant notre échange, donc impossible à entendre. « Je n'ai pas fait médecine pour cela ». Cet échange lui a permis d'entendre la position du patient ainsi que la sienne dans ce qui n'a pu se dire alors.

Une femme, apparemment sereine face à sa fin de vie impossible à parler, fait l'admiration de tout le service, mais irrite l'étudiant par des demandes apparemment anodines. L'étudiant sent bien là qu'il se dit quelque chose d'essentiel, n'ose aller au-delà du retrait de l'équipe, puis prend conscience de l'occasion ratée. Mais ce ratage, par son énonciation, ne sera pas pour lui fermeture au contraire

Ce qui s'éprouve, c'est qu'en donnant la parole à l'étudiant, à une énonciation personnelle et non à un énoncé de recommandations, il devient alors possible pour lui d'entendre l'énonciation du patient. Peut-on alors parler de transmission et non de formation ? Transmission de la valeur donnée à la parole de l'autre.

J'ai pris la mesure ainsi d'une grande demande d'être entendu : « Pour la première fois, nous sommes reconnus et entendus de notre place d'étudiant auprès des patients hospitalisés », « Nous avons très souvent le sentiment d'être considérés comme des gamins, ne sachant rien, n'ayant jamais réfléchi ».

N'y a-t-il pas un risque à laisser les étudiants pour une grande part, et pendant une grande partie de leur cursus, sans occasion pour une parole énonciative ? Comment pourront-ils entendre les patients si eux-mêmes ne font pas l'expérience de l'effet, de l'éprouvé d'être entendus ?

Ils sont souvent tentés au début de faire un groupe de pairs et d'échanger sur les bonnes pratiques, ils sont souvent tentés de se donner mutuellement

des conseils. Et c'est au fil des séances que peut, petit à petit, s'entendre : « Mais que s'est-il passé pour moi avec ce patient, ce jour-là ? »

Il y a des moments féconds et joyeux, lorsqu'un étudiant déclare : « C'est con de répéter à une patiente : « Mais non c'est pas grave », alors qu'on n'en croit pas un mot » et le groupe en chœur : « Mais non, c'est pas con », provoquant le sourire de tous, disant qu'ils ont entendu que ce qui se passe circule. Petit à petit, les situations évoquées quittent le registre du drame pour s'arrêter aux petits riens qui font l'essentiel. Et je fus étonnée, dès le 2<sup>e</sup> cycle, par la pertinence de leurs questions et remarques, témoignant qu'ils n'ont pas été encore trop laminés par le rouleau compresseur des conduites à tenir et des standards obligés.

J'ai retrouvé une grande attention à ce qui se passe auprès des étudiants en 3<sup>e</sup> cycle et SASPAS<sup>1</sup> qui font l'expérience des consultations en responsabilité, et qui ont expérimenté l'imprévu de chaque rencontre. Accompagnés dans cette expérience, ils peuvent reconnaître que leur savoir est incomplet, troué.

Ainsi une résidente évoque la difficulté dans laquelle elle s'est trouvée devant une mère qui exigeait la prescription d'antibiotiques pour son enfant à l'occasion d'une rhinopharyngite aiguë banale. Cette mère lui rappelait qu'elle l'avait déjà consultée lors d'un précédent remplacement et qu'elle avait dû revenir voir son médecin référent pour qu'il lui prescrive des antibiotiques. Situation on ne peut plus banale, mais qu'est-ce qui avait alors provoqué son malaise ?

C'est que devant sa mise en échec, elle n'avait pu qu'opposer sa propre expérience de mère : « Pour mes enfants, je ne prescrirais pas d'antibiotiques. » Et ce qui vient alors : c'est qu'on nous a appris qu'il ne fallait pas trop s'impliquer, qu'il fallait garder la distance. C'est ce ratage par rapport à la bonne « gestion » d'une consultation qui faisait son malaise, allant jusqu'à « Je n'ai pas été un bon médecin ».

Et c'est seulement après un long échange qu'il lui a été possible d'entendre que c'était précisément cette question qui circulait entre les deux femmes/mères : bon médecin/bonne mère/mauvaise mère/mauvais médecin forcément/ratage du bon médecin. Ce qui s'est passé et est passé là entre les deux femmes ne peut être anticipé, réglé d'avance. Si l'étudiante s'arrête au sentiment de ne pas avoir été « bonne » ce jour-là, elle risque d'accumuler les sentiments d'impuissance ou d'échec. Si elle peut, par l'élaboration que permet sa parole dans le groupe, entendre un peu de ce qui s'est passé

**« N'y a-t-il pas un risque à laisser les étudiants pour une grande part, et pendant une grande partie de leur cursus, sans occasion pour une parole énonciative ? »**

.../...

.../...

là, peut-être pourra-t-elle être dans une autre position à l'occasion d'autres rencontres ?

Peut-être pourra-t-elle oser passer de la répétition d'énoncés (la bonne gestion d'une consultation) à la construction de sa propre énonciation. Car, et cela est toujours pour moi une expérience étonnante, c'est leur énonciation subjective qui étonne les étudiants et leur permet de rompre avec le sentiment désagréable de l'échec et de l'incompétence. C'est justement ce sentiment de ratage qui ouvre la voie à une élaboration d'une position subjective dans la rencontre avec ce patient. Magnifier la relation médecin/patient avec un grand R, c'est laisser penser qu'il n'y aurait pas de malentendu/mal-

entendu. L'expérience est tout autre et c'est à ce malentendu que nous soumet la division du sujet.

Alors le ratage ? Au lieu d'être un point de butée déprimant pour les étudiants, il peut devenir un moment d'ouverture à une élaboration a posteriori, leur permettant d'apprendre d'eux-mêmes, sur eux-mêmes.

Mais les enseignants n'ont-ils pas eux aussi affaire à ce ratage ? Moi-même j'énonce depuis de longues années que la formation à la relation est une gageure impossible... De là à penser que c'est cet impossible qui peut nous donner à penser ce qui se passe et se transmet... ■

- 1. Développement professionnel continu, démarche de formation exigée des médecins, qui comprend la formation médicale continue traditionnelle et d'autres procédures dont l'EPP : évaluation des pratiques professionnelles.

## Se former sur la précarité avec les réseaux

Lydie Tindo, étudiante en dixième année d'études médicales (médecine générale)

J'ai choisi de faire mon stage SASPAS au réseau ARÈS 92, car je voulais me former à la prise en charge sociale des personnes en situation de précarité et voir comment se pratique la médecine en dehors du cabinet. J'ai découvert les différentes structures auxquelles le généraliste peut avoir recours au quotidien : réseaux <sup>1</sup>, CCAS <sup>2</sup>, associations telles que la Maison de la Solidarité <sup>3</sup>, Sida parole <sup>4</sup>... Je ne pensais pas qu'il y avait autant de possibilités en dehors de l'hôpital. Grâce aux différentes interventions que j'ai faites avec le réseau, j'ai pu voir l'importance des actions de prévention en lycée, en foyer... Là, les personnes parlent de choses qu'elles n'abordent pas en cabinet, grâce à la neutralité du lieu et de l'intervenant. C'est un véritable échange de connaissances qui me permettra d'adapter mon attitude en cabinet. Je pense donc que j'en ferai régulièrement plus tard.

Au départ, notre formation est hospitalière. Il est plus important de savoir réaliser une ponction lombaire ou un gaz du sang que de savoir renseigner ou orienter un patient en difficulté. A l'hôpital, les problèmes sociaux sont gérés par l'assistante sociale, indépendamment du médecin. Pour être formé aux problèmes sociaux, il faudrait augmenter le nombre d'heures d'enseignement théorique sur la prise en charge sociale et faire intervenir des assistantes sociales, des médecins généralistes pour discuter de situations concrètes avec les étudiants. On pourrait également proposer quelques demi-journées de stage avec les assistantes sociales, les PASS <sup>5</sup>... Enfin, des stages en PASS ou dans des réseaux d'accès aux soins tels qu'ARÈS92 <sup>6</sup>, le COMEDE <sup>7</sup> pendant l'externat <sup>8</sup> pourraient être très enrichissants. ■

- 1. Réseaux de santé : structures associatives de coopération entre ville, hôpital et autres institutions, pour la coordination des soins, sur des thèmes (exemple : sida, toxicomanie, diabète, grossesse) et des territoires.
- 2. Centre communal d'action sociale, service social de la ville.
- 3. Lieu d'accueil de jour, affilié à la fondation Abbé Pierre, pour l'accueil des personnes sans domicile et/ou en situation de précarité.
- 4. Association de soutien et d'écoute des personnes atteintes du sida dans les Hauts-de-Seine, qui offre un accueil fixe (boutique) et itinérant (bus) avec information, échange de seringues, prise en charge sociale et psychologique – [www.sidaparoles.org/](http://www.sidaparoles.org/).
- 5. Permanences d'accès aux soins de santé, situées dans tous les hôpitaux, pour aider les personnes n'ayant pas de couverture sociale à accéder à leurs droits.
- 6. Réseau de santé et d'accès aux soins travaillant sur le sida, les addictions et la précarité dans le nord des Hauts-de-Seine – [www.ares92.org/](http://www.ares92.org/).
- 7. Comité médical pour les exilés, situé à l'hôpital de Bicêtre (94) – <http://www.comede.org/>.
- 8. Deuxième cycle des études médicales, de la 4<sup>e</sup> et la 6<sup>e</sup> année, tronc commun aux différentes spécialités. ■

§Formation initiale,  
§Formation continue  
§Réseau de soins,  
§réseau de santé  
§Travail social,  
§Assistante sociale  
§Précarité

# Violences faites aux femmes : à enseigner

**Dans l'enseignement sur la « santé de la femme » au troisième cycle de médecine générale, Nadine Lazimi introduit la question des violences faites aux femmes, et rencontre des résistances.**

À la journée de médecine générale en 2009, Gilles Lazimi présentait une enquête faite en 2007 dans son cabinet sur les violences faites aux femmes, retrouvant les mêmes chiffres que l'enquête nationale de 2000<sup>1</sup>. Ce sont les mêmes chiffres dans toutes les enquêtes, les violences ont lieu surtout dans la vie de couple. Dans l'enquête de Nathalie Bajos de 2006, auprès de 10 500 personnes de 18 à 69 ans, 16 % des femmes avaient été victimes de tentatives de viol.

Le collègue qui dirige le département de médecine générale m'a demandé d'introduire cette question dans le module « Santé de la femme ». Je ne sais pas si les cinq autres enseignants le font. Quand nous sommes deux, c'est moi qui prends l'initiative. Pour faire comprendre la problématique aux étudiants, on présente l'enquête. Les médecins sont obligés de demander aux femmes si elles ont subi des violences, puis ils disent quelles difficultés ils ont eu à poser les questions<sup>2</sup>. Ils pensent qu'on ne peut pas les poser car cela touche à l'intime. Pourtant, les femmes répondent sans problème.

Les autres enseignantes ne se sont pas approprié le sujet. Peut-être un peu plus maintenant que la parole s'est un peu libérée, au congrès de Nice<sup>3</sup> il y avait plusieurs ateliers sur le thème. Les étudiants sont très intéressés. Ils sont attentifs, même s'il y a toujours les mêmes débats : est-ce qu'il y a des « hommes violents » ? L'un d'entre eux dit que des hommes aussi sont victimes de violences. Alors on rappelle qu'une femme meurt tous les trois jours de violences conjugales et on parle du problème d'entrer dans l'intimité des gens. On essaie de leur montrer que devant des pathologies banales chez les femmes : colopathies fonctionnelles, dépressions, addictions, tentatives de suicide... si on pose la question, on trouve des violences. A la question : qu'est-ce qu'on fait après ? On leur dit de ne pas rester seul, il faut travailler en réseau, on donne l'adresse des associations, le 3919<sup>4</sup>, le collectif contre le viol...

Les étudiants sont plus intéressés que les enseignants. Pourtant, le questionnaire à poser est facile, il y a

trois questions : avez-vous subi des violences psychiques, des violences verbales et des violences physiques, sur trois niveaux. Les enseignants ne sont pas formés et ne font pas le lien avec les tableaux douloureux atypiques : les douleurs pelviennes, les règles douloureuses... appelés psychosomatiques, qui peuvent être liés à des violences. Pourtant des séminaires sont organisés, il y a des campagnes nationales...

Entretien avec  
**Nadine Lazimi**,  
enseignante généraliste  
Paris Diderot-Paris 7.  
Propos recueillis par  
**Martine Lalande**

Quand je fais cette formation, j'aborde la partie sur la violence à la fin, presque in extremis, comme un sujet sensible, à part, pas classique. Il faudrait développer tous les aspects de la question : la loi, la rédaction des certificats, la prise en charge. J'ai présenté un séminaire pour les enseignants de Paris 7<sup>5</sup> à l'OGC<sup>6</sup> dans le cadre de la formation continue. Ce projet a été refusé, considéré comme pas assez pédagogique, sans doute parce qu'il dérange. Je prépare un enseignement plus complet avec les problématiques juridiques, épidémiologiques, des cas cliniques et une attitude pratique pour les étudiants. ■

1. ENVEF : première enquête nationale des violences envers les femmes réalisée pour le secrétariat aux droits des femmes entre mars et juillet 2000 et qui a servi au rapport Henrion. Questionnaire sur : [dmg.medecine.univparis7.fr/documents/cours/Femme/deviolen.ppt](http://dmg.medecine.univparis7.fr/documents/cours/Femme/deviolen.ppt).
2. 77 % des médecins n'ont pas eu de difficulté à poser les questions. 70 % des médecins demandent une formation, en particulier pour connaître la loi, comment rédiger le certificat médical, etc.
3. Congrès de médecine générale organisé chaque année par le Collège National des Généralistes Enseignants, à Nice en 2011.
4. Numéro gratuit d'appel « SOS violences femmes » : 3919, collectif contre le viol : 08 00 05 95 95.
5. Collège des généralistes enseignants de Paris 7 : CGEP7.
6. Organisme de formation continue qui agréé les projets de séminaires, proposés par les associations et organismes de formation, qui seront indemnisés pour les médecins généralistes.

# Moi, généraliste et enseignante

**Nous n'étions pas formés au métier de généraliste, que nous apprenions sur le terrain grâce aux revues indépendantes et aux associations. Les jeunes médecins généralistes sont beaucoup mieux préparés maintenant.**

**Mady Denantes, Quelle formation ai-je reçue ?**

médecin généraliste et enseignante Avant de réfléchir à la formation actuelle de nos futurs médecins généralistes, je voudrais faire un témoignage sur ce qui fut ma formation il y a maintenant trente ans.

J'ai toujours voulu être médecin généraliste, j'avais, à l'époque, choisi la faculté de médecine de Bobigny, qui avait la réputation d'être la fac des futurs généralistes.

Mes études m'ont intéressée, mes stages à l'hôpital m'ont passionnée, mais la future généraliste que j'étais a du faire face à une hostilité affichée de mes « maîtres » face à mon futur métier de généraliste : il était évident à leurs yeux que seuls les « mauvais »

faisaient de la médecine générale ; et le choix de la médecine générale chez une « bonne » étudiante les irritait.

Donc mon futur métier était censé m'être enseigné par des gens qui premièrement, ne connaissaient rien à la médecine générale et deuxièmement, méprisaient profondément ce métier.

Heureusement à l'époque, à Bobigny, nous avons eu quelques rencontres et enseignements avec des généralistes et je les en remercie : sans eux j'aurais peut-être tout arrêté.

1984 : je suis résidente en médecine générale dans un grand service de cancérologie de Paris.

Le patron reçoit ses nouveaux internes dont deux résidents (c'est-à-dire les futurs internes en médecine générale). Il nous dit : « C'est un scandale qu'un grand service comme le mien reçoive des futurs généralistes, vous n'êtes pas du tout au niveau de mon service. »

C'est le seul enseignement qu'il nous délivrera. Après cet accueil violent, je me suis retrouvée en charge des patients pour qui « il n'y avait plus rien à faire », les visites du « patron » sautaient ces chambres, seules y entraient les dames pour le ménage, les aides-soignantes pour la toilette, les infirmières et moi qui tous les jours faisais ma visite : la

dose maximum de morphine que j'étais autorisée à manier était de 5 mg ; quand les patients criaient trop fort, un chef, du couloir, sans entrer dans la chambre, prescrivait un « cocktail lytique » administré par les infirmières.

Alors je lisais : Kubler Ross, Thérèse Vannier, la potion de Saint Christopher. J'interpellais les chefs : pourquoi ne pas monter les doses de morphine comme cela se faisait en Grande-Bretagne ? « Nous ne sommes pas un service pour les toxicomanes, mademoiselle », me répondait le chef.

Ces souvenirs anciens sont-ils exagérés ? Je ne crois pas, mais peut-être n'ai-je gardé en mémoire que ces souvenirs traumatisants et ai-je oublié les bonnes choses du service ?

Était-ce une exception ? Non, c'est juste une caricature de mes autres lieux de stage.

Le résultat : lors de mon premier remplacement, lors de ma première consultation, ce fut la panique totale. La bonne élève, la studieuse étudiante ne savait absolument pas que faire, que dire, face à ce premier patient : c'était un monsieur d'une quarantaine d'années qui avait mal au dos. La seule réponse qui me venait à l'esprit était : « Il faut que vous alliez voir un médecin. » Rien ne m'avait préparée à cette rencontre avec un patient en médecine générale.

Je n'avais jamais réfléchi à un dossier semblable et je n'avais aucune idée de la réponse à apporter.

Après huit ans d'étude, me voila face à mon premier patient sans aucune idée de ce qu'il faut faire.

Et comme pendant ces huit ans, la seule allusion à la médecine générale était de dire : ce sont les mauvais qui font de la médecine générale, les médecins généralistes sont de mauvais médecins, je me suis dit : « Ils ont raison, je suis mauvaise. » Il m'a fallu dix ans pour apprendre la médecine générale. Et surtout pour retrouver la fierté d'être médecin généraliste.

C'est-à-dire :

– reconnaître que je n'étais pas un « mauvais médecin »,

« "C'est un scandale qu'un grand service comme le mien reçoive des futurs généralistes, vous n'êtes pas du tout au niveau de mon service." »

- accepter de ne pas tout savoir,
- acquérir les règles qui guident aujourd’hui ma pratique : savoir poser les problèmes et rechercher des solutions, en équipe si besoin.

### Comment ai-je appris la médecine générale ?

En rencontrant des pairs aux formations de la SFTG. Et par la lecture de la revue *Prescrire*.

Pendant toutes ces années de formation hospitalière, je m’étais étonnée de l’omniprésence des visiteurs médicaux : méprisés, toujours en train d’attendre dans le couloir un rendez-vous donné avec un chef, mais non honoré, alors hélant les externes, les internes pour leur donner des prospectus et des stylos.

Ce qui m’étonnait, c’est que ces patrons hospitaliers qui osaient faire attendre des heures le (la) visiteur médical dans le couloir, malgré le rendez-vous donné, qui le (la) recevaient en coup de vent après l’avoir fait attendre si longtemps, ces mêmes patrons devenaient tout aimables et disponibles pour se faire offrir quelques cacahuètes pour leur prochain staff.

Bref ces visiteurs médicaux me dérangeaient et passé la seconde de satisfaction d’avoir gagné un bloc de post-it en les saluant, je ne comprenais pas leur place et leur rôle à l’hôpital.

La rencontre avec la revue *Prescrire* a été une découverte : une revue partageait mon impression d’absurdité sur la présence des labos et des visiteurs médicaux et leur distribution de petits cadeaux ; une revue me parlait avec respect et exigence de la médecine générale ; une revue me comblait d’articles, d’outils pour faire mon travail de médecin généraliste.

Non je ne regrette pas ce bon vieux temps où les médecins chargés de nous former nous méprisaient.

Et aujourd’hui ? Pas de doute, nos futurs généralistes sont mieux formés.

Les étudiants actuels me semblent de très haut niveau : ils savent beaucoup de choses, mais surtout ils apprennent à poser les problèmes, à y réfléchir, à trouver des solutions, à exposer leurs problèmes devant une équipe de pairs.

### Mes objectifs de formatrice

Je reçois des internes et des externes à mon cabinet, j’accompagne un groupe de tutorés pendant leurs trois années de troisième cycle et je suis chargée d’enseignement.

Quelle formation pour ces futurs généralistes en trois cycle ?

- Apprendre la limite de leurs connaissances : il n’est pas possible en médecine générale de tout savoir. Donc le médecin généraliste doit savoir

qu’il ne sait pas tout et être prêt à travailler un sujet ou être prêt à passer la main à un confrère spécialiste d’organe. Ceci est un changement de paradigme pour l’étudiant qui arrive du deuxième cycle avec la préparation de l’ECN.

- Savoir que même ce que l’on sait est susceptible de devenir obsolète, donc la formation continue est indispensable et à démarrer dès le début du 3<sup>e</sup> cycle.
- Toujours savoir d’où parle celui qui enseigne et quel lien d’intérêt il a avec le sujet qu’il traite.
- Apprendre à travailler en équipe : réfléchir en équipe aux dossiers difficiles et aussi aux dossiers « simples », poser ensemble les problèmes, un membre du groupe se charge de rechercher les recommandations et les données de la littérature sur le problème posé et en fait un compte-rendu à la réunion suivante.
- Et enfin leur apprendre la passion de notre métier et la fierté d’être généraliste.

Pratiquement cela consiste en :

- Une supervision hebdomadaire des internes où nous reprenons toutes les consultations qu’ils ont faites seuls au cabinet médical. L’objectif n’est pas de leur dire ce qu’ils auraient dû faire, mais d’y réfléchir avec eux. Ces séances débouchent souvent sur un travail pour les internes : « Pourquoi as-tu donné des antibiotiques à ce patient ? Pourrais-tu me faire une recherche sur le traitement de la sinusite ? » Le but n’est pas de mettre l’interne en échec, mais de le faire réfléchir sur sa pratique, comme nous le faisons entre nous, en staff au cabinet. Ce travail deviendra une « trace d’apprentissage » pour leur portfolio<sup>1</sup> de fin d’étude.
- Bien sûr, les internes et les externes participent au staff du cabinet.
- En groupe de tutorés, quel que soit le sujet choisi, le tuteur présente un dossier, les étudiants relèvent les problèmes posés par ce dossier et travaillent ces problèmes pour la séance suivante.

En conclusion, nous sommes passés d’un enseignement basé sur l’humiliation et le mensonge : toujours faire croire que l’on sait tout, ne jamais poser de question, ne pas montrer son doute, ses difficultés... à un enseignement basé sur le compagnonnage et le partage de questions.

Mais je m’inquiète : les enseignants vont-ils tenir le coup ? Quelques enseignants à temps très partiel pour former des centaines d’étudiants. La tâche est titanique... ■



1. Recueil, organisé par compétences, des travaux de l’interne.

# Je voulais être généraliste

**Quand on veut dès le départ être généraliste et après avoir suivi la formation proposée par la fac de médecine, comment peut-on s'y retrouver à la sortie ? Est-on préparé à ce métier ?**

Entretien avec  
**Maxime Catrice**,  
médecin généraliste  
à Gennevilliers  
et à Saint-Denis  
Propos recueillis par  
**Martine Lalande**

**Pratiques : A quel moment as-tu décidé de faire de la médecine générale ?**

**Maxime Catrice :** J'ai fait médecine pour faire médecine générale. Il paraît que je voulais être médecin dès l'âge de 9 ans, je ne sais pas pourquoi car je n'avais pas de médecin autour de moi. J'ai eu des moments d'hésitation comme tous ceux qui veulent faire médecine générale.

On ne connaît que l'hôpital. J'ai voulu faire médecine interne ou infectieux. Mais j'ai eu du mal à m'investir dans mon dernier stage en infectieux, et mon classement aux ECN<sup>1</sup> ne me permettait pas de faire une spécialité. Donc j'ai fait médecine générale, ce que je n'avais jamais exclu. J'étais parti pour ça, mais j'avais eu des doutes car c'est un exercice que je ne connaissais pas. On entend dire : tu vas être seul dans ton cabinet, seul face au patient... On a peur de ne pas savoir réagir face aux différentes demandes, parfois très vastes. Je n'avais pas assez confiance en moi. La seule image que j'avais était celle de mon médecin de famille, que je ne voyais pas régulièrement.

**Quand on commence en voulant faire médecine générale, les études détournent-elles de ce projet, au risque de perdre l'envie de faire ce métier ?**

Je n'avais pas pu faire de stage en médecine générale au deuxième cycle et c'était plutôt dénigré à l'hôpital : « Le patient a dû être hospitalisé car le médecin généraliste a fait n'importe quoi... » On a peur

de ne pas arriver à tout connaître. Une spécialité, c'est plus restreint. J'ai fait une boîte à concours, mais je n'ai jamais compris le truc de l'ECN : rédiger comme ça, réfléchir en mots-clés, mettre juste ces mots-là... J'allais aux conférences<sup>2</sup> car certains conférenciers sont bons et nous apprennent des choses. J'ai beaucoup travaillé, sans réussir à me dire qu'il fallait que j'arrive dans les mille premiers. Comme je voulais faire médecine générale, ça m'était égal de ne pas être bien classé. A un moment je me suis dit : si je suis bien classé, est-ce que je prends une spécialité ? J'aurais pu choisir

une spécialité puis faire valoir le droit au remords<sup>3</sup> et revenir à la médecine générale... Finalement, mon classement ne me donnait plus trop accès aux spécialités et j'ai choisi médecine générale en étant content de ce choix. J'ai eu de bons stages<sup>4</sup>, mais un de mes copains moins bien classé que moi en a fait de bons aussi, plus loin de Paris.

**As-tu l'impression que tes études t'ont formé à ton métier ? Les internes de médecine générale ne servent-ils pas surtout de main-d'œuvre à l'hôpital ?**

Le problème des études, c'est que l'on n'est pas bien formé à la clinique. On ne nous montre pas vraiment l'examen. On apprend seul, en faisant le même examen tous les jours pour s'améliorer. Puis on change de service et on essaie de continuer, mais cela n'intéresse pas les médecins de l'autre spécialité, et on perd ce qu'on avait appris. Une fois interne, on considère que tu es formé cliniquement, personne ne repasse après toi. Aux urgences, je tannais les chefs pour qu'ils viennent revoir le patient avec moi, mais ils discutaient sur les dossiers. On ne revient pas mettre une main sur le ventre du patient. Par contre, on connaît bien les examens complémentaires, lire un scanner, etc. On te dit ce que tu dois prescrire, mais c'est une thérapeutique d'hôpital. En médecine interne, un chef qui aimait bien la cardiologie nous a appris à bien gérer le traitement de l'insuffisance cardiaque, mais je ne sais pas bien manier l'insuline.

La maquette du troisième cycle de médecine générale<sup>5</sup> n'est pas si mal. Le stage d'urgences, c'est bien pour un généraliste. Cela permet de savoir qui adresser aux urgences et aussi qui ne pas y adresser. Ce qui est frustrant, c'est le choix entre pédiatrie et gynécologie. Je trouvais impensable de ne pas faire de pédiatrie, donc je n'ai pas de formation en gynécologie. Il faudrait faire des stages en PMI, cela nous rapprocherait de la pédiatrie en ville. Et apprendre la gynécologie à l'hôpital n'est peut-être pas le plus formateur. C'est important de prendre en charge à l'hôpital des

« Un chef qui aimait bien la cardiologie nous a appris à bien gérer le traitement de l'insuffisance cardiaque, mais je ne sais pas bien manier l'insuline. »

patients avec des pathologies lourdes, on apprend des notions sur les maladies chroniques, et à dédiaboliser certains médicaments... Dans les bons stages, c'est donnant-donnant, on travaille pour l'hôpital mais on apprend beaucoup de choses. Le deuxième stage chez le praticien (SASPAS) <sup>6</sup> est important pour voir différents cabinets avant d'être remplaçant.

***Tu t'es installé très vite après la fin de tes études, et dans deux lieux différents. Pourquoi ce choix ?***

J'avais commencé à faire de l'éducation thérapeutique avec deux copains pendant mon stage à Saint-Denis, et à participer au projet de création d'un centre de santé. C'était logique de remplacer le médecin qui y travaillait, pour connaître le quartier. Le remplaçant partait, j'ai pris sa place deux jours par semaine et les vacances. Il me restait du temps, donc j'ai commencé à remplacer à Gennevilliers, où on m'a proposé de devenir collaborateur <sup>7</sup>. Je me retrouve avec deux activités qui me plaisent et j'ai envie de continuer car ce sont des exercices différents. A Gennevilliers, c'est un cabinet de groupe où l'on reçoit sur rendez-vous. Il y a beaucoup d'échanges entre les médecins, qui ont plus d'expérience que moi, on apprend en discutant. A Saint-Denis, je remplace deux médecins qui sont installés dans la cité depuis trente ans et reçoivent sans rendez-vous. Ce n'est pas la même approche. Les populations sont un peu différentes, c'est plus précaire à Saint-Denis, même si c'est aussi un quartier populaire à Gennevilliers. L'idée du centre de santé me plaît, nous allons être un groupe de jeunes médecins avec la même vision de notre pratique future. Nous serons salariés, ce qui permettra d'avoir du temps hors soins, pour des réunions, des activités avec l'association de médiatrices en santé, pour faire un lien entre le médical et le social et de la promotion de la santé. Mais nous serons tous des jeunes médecins avec peu d'expérience, donc je trouve intéressant de continuer les deux pour enrichir ma pratique. A Gennevilliers, il y a une tradition de rencontre avec les autres professionnels, des réunions pluriprofessionnelles dans le pôle de santé <sup>8</sup>, ce sont aussi des ouvertures.

***A peine installé à Gennevilliers, tu es déjà maître de stage pour une étudiante de 5<sup>e</sup> année. Comment cela s'est-il fait ?***

Nous sommes quatre médecins à la prendre en charge, cela permet de diluer un peu la responsabilité de sa formation. A l'hôpital, j'avais encadré des externes <sup>9</sup> dans un seul stage, en pédiatrie.

Cela me faisait peur de pratiquer devant quelqu'un qui allait me dire : « Je ne comprends pas ce que tu fais... ». En fait cela se passe très bien, c'est très enrichissant, je ressors toujours très content de mes demi-journées avec l'externe. J'ai l'impression que cela me pousse dans mes limites, on est obligé d'essayer d'expliquer ce qu'on fait, de chercher ensemble. Et cela crée une interactivité très intéressante avec le patient. Les internes <sup>10</sup>, c'est plus compliqué, car ils ont un niveau médical plus élevé. Il faut avoir un peu plus confiance en soi pour les recevoir, mais ils peuvent aussi nous apporter sur le plan médical, sur des questions théoriques, quelles étiologies évoquer devant tel symptôme, etc. Et si l'on est plusieurs médecins pour l'encadrer, ce sera plus facile. ■

- 
- 1. Epreuves classantes nationales, examen de fin de deuxième cycle, qui détermine le choix des spécialités
- 2. Pour préparer les ECN, la plupart des étudiants suivent des conférences, en plus des cours, en soirée (deux fois par semaine), animées par des chefs de clinique ou des praticiens hospitaliers. Ces conférences sont payantes, et subventionnées par l'industrie pharmaceutique. L'une de ces « boîtes à concours » organise un concours d'entrée.
- 3. Le droit au remords : on peut revenir à la médecine générale si on ne veut plus suivre les études de la spécialité que l'on a choisie aux ECN.
- 4. Le choix des stages effectués durant le troisième cycle est aussi lié au classement aux ECN. Sauf, dans certaines facultés, pour le stage chez le praticien (choisi selon le nom, par tirage au sort d'une lettre).
- 5. La « maquette » est le programme du troisième cycle, qui comprend un stage d'urgence, un stage de pédiatrie ou de gynécologie, un stage de médecine adulte et un stage en CHU (centre hospitalier universitaire). Il reste le stage chez le praticien et un stage optionnel, qui peut être un deuxième stage ambulatoire : le SASPAS (en autonomie supervisée) ou à l'hôpital.
- 6. Le deuxième stage chez le praticien est le SASPAS, en autonomie supervisée.
- 7. Le collaborateur est un médecin installé, qui travaille en son nom, en signant un contrat avec un ou plusieurs médecins du même cabinet, auxquels il reverse une « redevance », un pourcentage de ses honoraires, en échange de l'hébergement dans le cabinet et de l'utilisation du matériel. Il est prioritaire pour s'installer dans ce cabinet.
- 8. Un « pôle de santé » est un regroupement de cabinets de médecins et de paramédicaux (infirmiers, kinés, orthophonistes, podologues...) qui organise des activités et de la formation en commun dans un territoire.
- 9. Externe : étudiant de deuxième cycle d'études de médecine (entre la 4<sup>e</sup> année à la 6<sup>e</sup> année).
- 10. Interne : étudiant de 3<sup>e</sup> cycle : à partir de la 7<sup>e</sup> année.

# Le « gâchis humain » doit cesser

**Il faut passer du monde clos de la faculté de médecine à l'univers infini des patients par un apprentissage des enjeux humains et sociaux du soin.**

**Céline Lefèvre,** maître de conférences en philosophie de la médecine à l'Université Diderot, laboratoire CNRS SPHERE (UMR 7219) et Centre Georges Canguilhem, enseignante à l'UFR de médecine

Dans une conférence sur l'éducation médicale, Michel Serres imaginait les médecins dotés de deux cerveaux changeant de volume au fil du temps : « Quelques-uns, parmi vous, les jeunes surtout, montrent un gros crâne scientifique et un petit, empirique, alors que les plus âgés ont tendance à inverser la proportion, car la sollicitude (...) les a souvent rendus sceptiques au sujet des raisons, pendant que s'épanouissait leur cœur. (...)

Une bouche dit diabète, l'autre cite le prénom de celle qui en souffre. <sup>1</sup> » L'image articule les tensions, essentielles, entre généralité de la maladie et individualité du malade, mais aussi entre traitement et sollicitude et entre sciences expérimentales et expérience humaine. Ce sont en effet souvent l'expérience et la maturité qui font que le médecin accède au « drame » personnel du malade <sup>2</sup>. Comment former à l'art de soigner et non seulement au fonctionnement du corps ? Savoir si des bacheliers ou des étudiants littéraires ou issus de filières non scientifiques se saisiraient mieux des problématiques humaines, si les enseignements de sciences humaines et sociales (SHS) amélioreraient les pratiques, à quel moment du cursus et à « quelle dose » les y introduire, sont des questions anciennes. Le débat entre tenants d'une formation littéraire et tenants d'une formation scientifique et sur la place de la clinique dans le cursus remonte en France aux années 1930. La réforme hospitalo-universitaire de 1958 a développé l'enseignement des sciences fondamentales dans les premières années du cursus, tout en maintenant un apprentissage clinique précoce dès la 2<sup>e</sup> année <sup>3</sup>. Dans le contexte actuel de l'hyperspécialisation de la médecine et des réformes du système de santé, ces questions prennent une nouvelle acuité <sup>4</sup> et devraient s'inscrire dans une profonde remise en chantier de la formation médicale. En m'appuyant sur mes propres observations et sur un récent rapport de la DREES <sup>5</sup>, je rappellerai d'abord combien

l'apprentissage des enjeux humains et sociaux de la médecine est actuellement secondaire dans les études médicales. Je montrerai ensuite la nécessité de développer les enseignements de SHS.

## Du monde clos de la faculté de médecine...

Pendant la Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES), les étudiants apprennent, selon leurs termes, « des trucs qui servent à rien » et comprennent... qu'il n'y a rien à comprendre. Rechercher le sens des apprentissages et leur lien à la pratique médicale est une perte de temps et une source d'angoisse préjudiciables à leur réussite au concours. Il leur est extrêmement difficile, voire impossible de se concevoir comme des sujets de pensée, de se préoccuper des malades et de se projeter dans le soin. Cette mise à distance des malades et du soin constitue une norme de socialisation professionnelle <sup>6</sup> qui présente dans la pratique des effets délétères désormais reconnus <sup>7</sup>. Parallèlement, l'acquisition des fondements scientifiques requis pour la recherche comme pour la clinique

n'est pas garantie : les étudiants parlent de « mémoire poubelle », bourrée de « par cœur » et régulièrement vidée au lendemain des examens. Le bachotage interdit en effet d'interroger de manière critique la construction des sciences biomédicales, leurs méthodes, modèles, acteurs, etc.

Puis, le modèle triomphant de la spécialité et de la carrière hospitalo-universitaire fait de l'Examen Classant National (ECN) l'objectif premier des études. Les étudiants y investissent toute leur énergie, même s'ils n'ont pas encore décidé de leur orientation (spécialité/médecine générale ; public/privé). Le bachotage continue. L'ECN norme le devenir des étudiants, les contenus enseignés et leur évaluation. Dans ce domaine, les étudiants réprouent eux-mêmes toute référence à la subjectivité (parcours universitaire, motivation, projet professionnel, rapport à la maladie et au soin, questionnement critique) : brisant l'anonymat, elle serait inégalitaire et injuste (alors que les différences sociales pèsent par ailleurs

**« Comment former à l'art de soigner et non seulement au fonctionnement du corps ? »**

sur leurs résultats) <sup>8</sup>. Ne peut-on relier l'objectivation des compétences à laquelle sont soumis les étudiants et l'objectivation à laquelle sont soumis les malades eux-mêmes (et non seulement leurs symptômes) ? A l'issue de ce processus dépersonnalisant, il est difficile de faire la rencontre de sujets qui ne se réduisent pas à leur maladie.

Lorsque cette rencontre a lieu lors des stages cliniques, son apprentissage dépend des services et des praticiens, de leurs propres relations aux malades, de leur envie d'enseigner, du mimétisme qu'ils suscitent et des tâches qu'ils acceptent de déléguer. Pourtant, les étudiants attendent impatiemment cette rencontre qui interroge leur future position de soignant. Finalement, les stages sont facilement validés pour ne pas entraver l'avancement vers l'ECN. Les « qualités humaines » de l'étudiant ne sont donc pas évaluées, la nécessité de les apprendre n'est pas clairement affirmée et la possibilité même de le faire est mise en question : on en revient à l'idée qu'elles seraient, ou non, inhérentes à la personne.

L'enseignement à la faculté se caractérise, d'une autre manière, par une certaine déshumanisation. Les cours (surtout en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années) sont peu suivis. L'assiduité des étudiants dépend ici aussi de la personnalité, de la motivation et de la capacité à enseigner des enseignants hospitalo-universitaires, dont ce n'est pas la mission la plus valorisée. Les facultés, dont les effectifs augmentent, mais pas les moyens, s'acheminent vers des enseignements à distance (CD-roms, Internet). La formation s'effectue déjà, au moins dans les facultés parisiennes, en dehors de classes, de collectifs stables où pourrait s'établir un compagnonnage durable. On oublie que toute formation est un processus humain et social, surtout lorsqu'il s'agit d'une formation à une pratique elle-même humaine et sociale...

La fonction première de la faculté de médecine semble donc être d'évaluer, trier et hiérarchiser les étudiants qui sont en examen permanent. Les valeurs promues sont certes la recherche de l'excellence et la persévérance, mais aussi l'obéissance à la hiérarchie, la soumission aux , même si les étudiants valorisent aussi l'altruisme et le travail d'équipe qu'ils relient au soin. A l'issue de ce parcours du combattant où les ressources physiques et psychiques de l'étudiant sont intégralement optimisées, comment peut-il faire face à l'expérience de la vulnérabilité et de la dépendance ? Comment peut-il appréhender la souffrance et l'angoisse, alors qu'il les a méthodiquement déniées ou combattues pour réussir ses études ? Comment revenir non seulement à la singularité rebelle aux généralisations, mais aussi à l'altérité souffrante ? Alors que les études médicales forment à l'une des

activités touchant au plus intime et au plus complexe de l'être humain, elles peuvent être regardées à bien des égards comme déshumanisantes car fondées sur de multiples processus d'abstraction. Spécialisation des savoirs, morcellement de l'organisme et du sujet malade bien entendu. Mais aussi clivage de l'étudiant lui-même qui, faute de temps et d'énergie, ne peut se rapporter de manière réfléchie à ses apprentissages, ses désirs, ses angoisses, ses projets. Absorbé par ses études, il tend à s'abstraire de la vie ordinaire (familiale, amicale et amoureuse, culturelle, politique). Il s'éloigne des formes de vie extérieures au milieu médical... y compris celles des patients.

### ... à l'univers infini des patients

L'attention à autrui, la capacité de comprendre son expérience, d'expliquer la maladie, d'échanger et de décider ensemble, tout cela dépend en très grande partie de l'histoire personnelle du médecin et de sa réflexion sur sa pratique. Et il n'y a de causalité ni directe ni assurée entre l'enseignement des sciences humaines et sociales (SHS) et l'amélioration des relations de soin.

Cependant, les SHS contribuent à faire apercevoir le « changement de registre » entre le traitement de la maladie et la prise en charge du malade qui est nécessaire à l'art médical <sup>9</sup>. Elles réalisent pour cela un détour indispensable : elles réinscrivent les théories, les pratiques et les acteurs de la médecine dans les contextes et les relations qui leur donnent sens, et dont les sciences biomédicales font par nature abstraction. Il s'agira de rappeler l'histoire de telle maladie ou de telle pratique, les représentations psychologiques, sociales et philosophiques qui l'accompagnent, les rapports de pouvoir qui l'enserrent, les valeurs et les conflits éthiques qu'elle véhicule, etc.

Les SHS offrent un travail de liaison et de décloisonnement disciplinaire. Ce qui importe, c'est la pluralité de leurs regards : historique, anthropologique, sociologique, philosophique, éthique, psychologique, etc. Elles n'apportent ni théorisation supplémentaire, ni clés pour la pratique, mais, avec des outils scientifiques, elles analysent la médecine de manière plus complète, plus complexe et plus concrète.

En comprenant que la médecine n'est pas abstraite de la vie et de la société, les étudiants se relient eux-mêmes à leurs apprentissages. En réalisant qu'elle est pensée et pratiquée par des sujets, ils se placent eux-mêmes en position de sujets, futurs acteurs du soin ou de la recherche. Enfin ce sont les patients qui sont réinstituéés comme sujets <sup>10</sup>. Soignants et soignés apparaissent comme des sujets

« La fonction première de la faculté de médecine semble donc être d'évaluer, trier et hiérarchiser les étudiants qui sont en examen permanent. »

.../...

.../... psychiques, historiques, sociaux, politiques, juridiques, éthiques, de savoirs, de goûts, etc. Inscire la médecine dans le monde, c'est désenclaver l'étudiant de la vision que la médecine en a et le faire entrer dans l'univers infini des patients.

### Philosopher pour apprendre à soigner

A Paris Diderot, j'ai construit, avec le soutien du Doyen Schlemmer, mais des moyens humains encore insuffisants, un parcours obligatoire qui commence en PACES par un enseignement d'épistémologie, d'histoire et de philosophie de la médecine<sup>11</sup> et qui se poursuit en 3<sup>e</sup> année par un enseignement d'éthique portant sur les pratiques : relations médecins/malades, secret professionnel, greffes, Alzheimer, procréation médicale assistée, soins palliatifs, réanimation<sup>12</sup>.

En 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> année, je propose deux certificats optionnels qui s'appuient sur le cinéma et sur des exposés d'étudiants portant sur des articles de SHS. Le certificat de 3<sup>e</sup> année est consacré au soin. L'accent est mis sur l'expérience du patient.

C'est Nanni Moretti qui, dans son *Journal intime*,

conte sa quête désespérée d'un diagnostic et se confronte à l'absence d'écoute des médecins. C'est le fonctionnaire tokyoïte de *Vivre* de Kurosawa qui, à l'annonce d'un cancer incurable, rompt avec sa vie passée et donne un sens à son existence à travers un acte altruiste. Sont interrogés les valeurs, les problèmes inhérents à la relation de soin (information du malade, suivi de la maladie chronique, etc.), les affects des soignants, la formation au soin. *On murmure dans la ville* de Mankiewicz interroge la frontière

médecin/guérisseur et le corps dans la médecine scientifique : introduisant à une leçon d'anatomie, Cary Grant rappelle que l'être humain n'est pas le cadavre à disséquer, que son intimité échappe, dans la mort comme dans la vie, au regard médical. C'est aussi son histoire d'amour avec une patiente qui introduit au transfert. *Haut les cœurs !*, l'histoire d'une jeune femme enceinte atteinte d'un cancer du sein, montre les difficultés de la décision partagée. Dans *A tombeau ouvert* de Scorcese, le *burn out* d'un ambulancier new-yorkais illustre la confusion entre rôle et identité de soignant. *Johnny s'en-va-t'en-guerre* de D. Trumbo confronte à l'euthanasie. Le *Barberousse* de Kurosawa enseigne à ses internes que le soin commence par l'écoute du récit des malades, le film introduisant à l'éthique narrative et aux théories du *care*.

Le certificat de 4<sup>e</sup> année montre que les relations de pouvoir passent à travers les savoirs et les pratiques, qui ne sont pas toujours liés à la maladie ni à une finalité thérapeutique, mais aussi à la promotion de la santé, de la sécurité, du bien-

être, de l'ordre social, etc. Sont interrogés : les regards sur la monstruosité avec *Elephant man* ; les politiques de la procréation et de la prédiction à partir de *Bienvenue à Gattaca* ; les discriminations dans la recherche avec *And the band played on* qui narre la découverte du Sida ; l'articulation peine de justice/soin psychiatrique à partir d'*Orange mécanique* ; les nouvelles pratiques de soin centrées sur la personne avec le documentaire *Soigner à l'hôpital* de Nicolas Frank.

Enfin, une UE de Master 1 médical de soixante heures articule des approches pluridisciplinaires sur la construction des maladies et l'évolution du statut du patient : enseignements d'histoire sur la goutte, l'hystérie, les maladies immunitaires, le Sida, Alzheimer, l'hôpital, la santé publique, le principe de précaution ; de philosophie sur les conceptions de la santé, de la maladie et du corps, les notions d'individu et d'individualisation en médecine ; de sociologie sur les associations de malades ; de droit sur les droits des patients.

### Encore un effort...

Les réformes et propositions actuelles prennent acte de l'importance des SHS. Celles-ci comptent pour 20 % au concours de PACES. Leurs volumes d'enseignements sont stables, quoique souvent mêlés à des disciplines médicales (santé publique, économie de la santé, psychiatrie). Le recrutement des étudiants se diversifie : des « passerelles » permettent l'entrée en licence 2 de paramédicaux, d'étudiants d'odontologie, de pharmacie ou de maïeutique, de diplômés de masters d'écoles de commerce et d'IEP ; en licence 3 de docteurs d'universités d'autres filières, d'ingénieurs, de normaliens. En L2/L3, les items proposés par le Collège des Enseignants en SHS en santé ont été inscrits au programme<sup>13</sup>. Mais il faut poursuivre la refonte des études médicales. D'abord, le « gâchis humain » du concours de PACES doit cesser et les SHS doivent participer d'une véritable formation universitaire initiale pluridisciplinaire<sup>14</sup>. Ensuite, l'enseignement des SHS, de leurs méthodes et de leurs recherches les plus actuelles en santé, doit fournir un accompagnement réflexif continu aux autres apprentissages scientifiques ou cliniques. On gagnerait aussi à les intégrer aux enseignements par problèmes/fonctions qui remplacent les enseignements par disciplines. Elles peuvent contribuer à constituer les collectifs indispensables au processus de subjectivation que constitue la formation médicale. Pour cela, il faut inventer des méthodes pédagogiques (cours à deux voix praticien/enseignant de SHS, exposés, débats) qui autorisent la prise de parole et l'échange. Enfin, les étudiants doivent pouvoir mener des doubles cursus et s'engager dans les masters de SHS en santé qui se multiplient en France, puis dans la recherche. Il existe par exemple un Parcours Médecine dans le Master LOPHISS (Logique, Philosophie, Histoire et Sociologie des Sciences) de Paris

« Il faut inventer des méthodes pédagogiques qui autorisent la prise de parole et l'échange. »

Diderot ; un Parcours Médecine dans le Master SHS d'Amiens ; un Master « Santé, Humanités, Autonomie » à Montpellier 1 ; un Parcours « Santé, vie et société » dans le Master « Epistémologie et médiation scientifique » de Strasbourg. Perdre la question du recrutement d'universitaires de SHS pour soutenir ce chantier.

Un peu de lecture, de réflexion et d'argumentation sur les enjeux épistémologiques et humains de la santé et du soin ne nuira pas à l'équilibre des étudiants. En luttant contre leur éloignement de la vie ordinaire et de leurs propres études, les SHS leur apprennent à désapprendre l'objectivation à laquelle sont soumis les malades. —

■

1. M. Serres, « L'éducation médicale vue par un philosophe », *Pédagogie médicale*, 2006 ; 7 : 136.
2. Cf. G. Canguilhem, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? » (1978), *Écrits sur la médecine*, Paris, Vrin, 2002, p. 89 : « Les maladies de l'homme ne sont pas seulement des limitations de son pouvoir physique, ce sont des drames de son histoire. »
3. Cf. J.-F. Picard, S. Mouchet, *La métamorphose de la médecine*, Paris, PUF, 2009.
4. Cf. C. Séguoin, S. David, A. Le Divenah, P.-H. Bréchat, B. Hodges, A. Lunel, D. Maillard, D. Bertrand, « Des médecins scientifiques ou littéraires ? Une perspective historique française », *Pédagogie médicale*, 2007, 8 : 135-144.
6. A.-C. Hardy-Dubernet et C. Gadéa (dir.), De « faire médecine » à « faire de la médecine », DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Série Etudes, n° 53, oct. 2005, en ligne : [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud53.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud53.pdf) Rapport rédigé à partir d'entretiens avec des étudiants de P1 et P2 et d'internes en médecine générale à Nantes et à l'Université Paris 6 Pierre et Marie Curie.
6. *Ibid.*, p. 183-184 : « (La) distance au soin que les étudiants doivent acquérir en première année est maintenue ensuite, car il ne s'agit pas d'un « accident de parcours » mais bien des bases de l'enseignement de la médecine. Celui-ci commence par éloigner l'étudiant du malade en le plongeant dans le plus invisible à l'œil nu. Du plus abstrait il passe à la maladie et, parfois, il arrive au malade. (...) La mise à distance du soin, dans un premier temps, du corps souffrant et du geste soignant, semble bien constituer une première initiation à la posture médicale. »
7. V. Ghadi, C. Compagnon, La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Etude sur la base de témoignages, HAS, 2009.
8. Cf. A.-C. Hardy-Dubernet et C. Gadéa (dir.), *De « faire médecine » à « faire de la médecine »*, *op. cit.*, p. 29.
9. Cette notion de « changement de registre » est empruntée à G. Canguilhem dans « Puissance et limites de la rationalité en médecine » (1978), *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 1995, p. 408. Cf. aussi C. Lefève, J.-C. Mino, « Former de vrais thérapeutes. La place des sciences humaines et sociales dans les études médicales », *Études*, février 2011, n° 414/2, p. 187-198.
10. Sur le soin comme relation, cf. L. Benaroyo, C. Lefève, J.-C. Mino et F. Worms (dir.), *La philosophie du soin*, Paris, PUF, 2010.
11. Cf. C. Lefève, F. Blanchet-Benqué, « Quelle place pour les sciences humaines et sociales à la fac de médecine ? », *Pratiques*, n° 36, p. 14-15.
12. Cet enseignement compte 16 heures de CM auquel s'ajoutent des enseignements de psychiatrie et de santé publique, l'ensemble faisant environ 60 heures de CM.
13. L'être humain devant la souffrance et la mort ; les expériences et représentations du corps, de la maladie et des traitements ; les relations soignants-soignés : formes, acteurs et contextes et aspects psychologiques ; éthique médicale, bioéthique, éthique de la recherche ; les politiques et systèmes de santé ; le savoir scientifique : enjeux et problèmes ; réflexion et décision médicales ; institutions et acteurs du soin ; savoirs et pouvoirs médicaux.
14. Cf. la Mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire du Dr Gaillard (mai 2011) qui propose une formation universitaire d'un ou deux ans mariant, sur le modèle américain du college, enseignements scientifiques et SHS et ouvrant la possibilité de se réorienter. Au grade de licence, une fraction du numerus clausus de 20 %-30 % serait allouée à des entrées parallèles pour diversifier le recrutement. Les SHS y sont valorisées pour développer l'esprit critique et scientifique. Cf. aussi les propositions d'Axel Kahn pour le Parti Socialiste pour 2012 qui préconise de supprimer le concours de fin de PACES et créer une licence des sciences de la vie et de la santé avec un tronc commun, une orientation et une sélection progressives au fil des semestres, en fonction des résultats et des motivations, vers différents métiers de la santé.

# De la revendication à la création

**Après trente ans d'expérience hospitalière au contact de nombreux généralistes, dans une banlieue difficile, j'ai eu le temps de me rendre compte combien il était plus aisé de lancer des slogans que de les mettre en pratique.**

**Denis Labayle,**  
 médecin et écrivain  
 www.denislabayle.fr

Tout d'abord, je dois reconnaître qu'il y a dans le texte d'orientation du dossier nombre de point exacts : le mode absurde de sélection en début d'études, les oublis majeurs dans la formation (l'absence d'enseignement sur le relationnel, le structurel, les problèmes sociologiques...), l'influence des entreprises pharmaceutiques (moindre en début d'études que par la suite), etc.

Mais je ne peux m'empêcher de revenir sur ce qui m'a agacé. Je l'ai dit, c'est ce langage corporatiste, conquérant, agressif pour tout ce qui n'est pas la médecine générale. Une sorte de magnificence de ce type d'exercice, à la hauteur du complexe de ses pratiquants. J'en ai assez d'entendre qu'il y a d'un côté, la bonne pratique de la médecine générale et, de l'autre, le mauvais exercice de la

médecine de spécialité, et pire encore de la médecine hospitalière. Je l'avoue humblement, j'ai été à la fois médecin et hospitalier, et spécialiste. C'est dire ! Et pourtant, je ne rougis pas du résultat. Je ne me suis pas enrichi plus que mes amis généralistes, j'ai travaillé comme une brute, j'ai ouvert les portes du service, j'ai tenté de transformer la médecine hospitalière... Bref, nous avons bien soigné, le mieux possible, en équipe, et ça n'a pas été toujours rose. Aussi je souhaite qu'une fois pour toute, on sorte de ce manichéisme ridicule.

L'idée qu'il est toujours difficile de collaborer avec les hospitaliers est un pur mensonge. Encore faut-il le vouloir. Quand j'ai pris mes fonctions à Evry, j'ai fait le tour de tous les médecins généralistes du secteur, plus de quarante visites, juste pour entrer en contact, dire bonjour. Accueil souvent froid, voire méfiant pour cet hurluberlu qui sort des habitudes. En échange, je n'ai jamais vu un seul médecin généraliste, pas un seul, venir me dire bonjour au moment de son installation. J'entends une fois de plus les plaignants accuser l'hôpital de mal former, c'est vrai et c'est faux. La médecine est tellement développée aujourd'hui qu'il est difficile de tout connaître dans toutes les

spécialités. D'où l'intérêt de la complémentarité et non de la rivalité. En vingt cinq ans d'exercice dans cette banlieue, malgré mes appels du pied, malgré la présence d'un grand nombre de généralistes, lecteurs de *Pratiques*, dans mon secteur, je n'ai été invité qu'une fois. Oui, une seule fois en tout et pour tout, pour apporter ma contribution en tant que gastro-entérologue dans une formation continue organisée par des généralistes du coin. Dommage, quelques années avant, à Clamart, lorsque j'étais dans un CHU, mon ami Patrice Muller m'avait sollicité pour évoquer régulièrement les progrès médicaux de ma spécialité devant ses collègues. Pendant des années, nous avons échangé notre pratique. J'avais dans ma spécialité une supériorité logique de connaissances. Et alors ! Je n'en tirais aucune gloire, et lui n'en avait aucun complexe. Nous échangeons et c'était instructif pour chacun.

Quand au slogan de « l'hôpital forteresse, fermé et impossible à pénétrer », j'ai vécu une autre réalité. J'ai toujours souhaité la discussion sur dossier ou au lit du malade, indispensable pour le bon suivi des soins. Je dois avouer que je n'ai pas été débordé par la demande. Pas plus de un à deux généralistes par mois pour venir discuter de leur malade, et encore, les bons mois. Le téléphone, oui, mais la rencontre, rarissime. Voilà la vérité. Il est plus facile de déclarer le dialogue impossible que de s'engager à y participer.

Ensuite, il ne suffit pas d'encenser la médecine générale, encore faut-il revendiquer une « bonne médecine générale », ce qui, compte tenu des découvertes médicales, est de plus en plus difficile. Les généralistes ont souhaité être placés en première ligne des soins. Parfait, mais qu'ils assument cette position d'excellence par une formation continue d'excellence et donc obligatoire. Les compétences pour y parvenir sont là, autour d'eux, encore faut-il les solliciter. Si les entreprises pharmaceutiques ont pris dans le domaine de la formation médicale continue de l'importance, c'est qu'elles profitent de la vacance et de nos rivalités stériles.

« J'ai toujours souhaité la discussion sur dossier ou au lit du malade, indispensable pour le bon suivi des soins. »

Attendre tout de la formation des premières années universitaires est absurde. La médecine évolue à pas de géants et, en quelques années, la pratique quotidienne du médecin dépend plus de l'acquisition de nouvelles connaissances que du bagage initial. La frontière de la qualité médicale ne passe pas entre « les bons généralistes » et « les méchants spécialistes », mais entre les « médecins bien formés » et les « médecins insuffisants. » Or, en matière de santé, l'insuffisance est coupable. Et qu'on ne me fasse plus croire qu'il suffirait de salarier les médecins pour obtenir d'eux une formation continue. Balivernes ! Dans les hôpitaux universitaires et non universitaires où les médecins sont salariés, on retrouve les deux types de médecins : ceux qui sont à jour et ceux qui ne le sont pas.

Alors comment les généralistes peuvent-ils se tenir au courant des progrès ?

Certes, beaucoup s'en remettent à un enseignement organisé par des labos très actifs. D'autres suivent des formations gérées par les CHU. La formation que nous avons proposée dans notre « hôpital général » pendant plusieurs années a été régulièrement boudée par une très grande majorité des généralistes, malgré leur participation à l'élaboration du programme. Plus étrange, les mêmes topos que je faisais en CHU comme chef de clinique attireraient beaucoup de monde et n'eurent aucun succès en hôpital général. Pourquoi ? N'y aurait-il pas encore chez nombre de généralistes de vieux réflexes de soumission au CHU (même si, en public, on les critique amèrement) ? Quant aux généralistes les plus militants, ils organisent eux-mêmes leur propre formation continue, parfois en faisant appel à des spécialistes, mais le plus souvent seuls, entre eux, par eux, pour eux, et surtout sans les autres. J'en ai connu.

Les généralistes peuvent, sans problème, organiser leur formation continue sans l'université, mais ils ne peuvent se passer de la collaboration des spécialistes pour acquérir les connaissances les plus récentes.

Ensuite, il existe de vastes domaines où l'université est totalement défailante en matière de formation médicale et où les généralistes pourraient se révéler pionniers. C'est en s'affirmant sur la qualité du travail que viendra la reconnaissance. Pour justifier ce point de vue, je m'appuie sur mon vécu. Longtemps, dans les hôpitaux généraux, nous avons soufferts du mépris des hospitaliers universitaires car en France, une hiérarchie même artificielle l'emporte sur la complémentarité. Qu'allions-nous faire ? Entrer dans une guerre stérile ? Garder une position de frustrés ? Exiger le respect de nos collègues universitaires ? Peine perdue. Nous avons choisi une autre tactique : nous imposer par la qualité en nous plaçant sur leur terrain, celui de la formation et des tra-

voux scientifiques. Transformer le mépris en respect. Nous avons créé une association regroupant tous les services de gastro-entérologie des hôpitaux généraux de France (L'ANGH). En vingt ans, grâce à notre travail collectif et à notre entente, nous avons réussi. Et mieux que les universitaires dans certains domaines comme l'épidémiologie. Notre unité s'est révélée d'une redoutable efficacité. Nos recherches, basées sur des travaux collectifs, ont fait l'objet de nombreuses publications dans les meilleures revues internationales. Nous avons organisé notre propre congrès basé sur la clinique, et l'on a vu des services, isolés depuis longtemps, se mobiliser dans une dynamique remarquable. Grâce à ce travail énorme, nous avons obtenu la vraie reconnaissance et, à deux reprises aux cours de ces cinq dernières années, un médecin issu des hôpitaux généraux a occupé la présidence de la Société Française de Gastroentérologie. Une révolution ! Une idée impensable, il y a seulement dix ans !

Si, au cours de ces trente cinq années de pratiques hospitalières, je n'ai pas réussi à susciter la collaboration souhaitée avec les généralistes telle que je l'espérais, j'ai eu l'immense satisfaction d'avoir été l'un des fondateurs de cette association. Juste pour dire qu'il ne suffit pas de râler dans son coin avec des préjugés, il faut se battre pour se faire reconnaître. En se battant sur la qualité de l'exercice médical, les généralistes sortiront de leur impression d'isolement, et la formation continue peut servir de socle à cette reconnaissance. Car il y a dans ce domaine bien des lacunes à combler. Je ne prendrai que deux exemples.

Tout d'abord la formation économique des médecins, totalement absente à l'université. Est-il normal que les médecins, quel que soit leur mode d'exercice, libéral ou hospitalier, n'aient, dans la très grande majorité des cas, aucune notion du coût des soins et des examens qu'ils prescrivent ? Qui connaît le prix des médicaments, le prix des examens complémentaires, le coût de l'hospitalisation ? Qui enseigne ? Personne. Est-ce responsable ? La place de cet enseignement est vacante. Pas besoin d'attendre un changement de programme des universités, il ne viendra pas.

Prenons un autre exemple, dans le domaine de la prise en charge psychologique des patients, celui qui concerne « la fin de vie. » J'ai assisté, cette année, en Belgique à une formation sur ce sujet, organisée non pas par l'Université, mais par une association (EOL). En France, le problème n'est ni enseigné ni même abordé puisque, par principe, on sait tout sur tout. Et quand on ne sait pas, on se défait sur les spécialistes de la mort. Nos collègues belges, plus modestes, eux se forment,

**« Les généralistes ne peuvent se passer de la collaboration des spécialistes pour acquérir les connaissances les plus récentes. »**

.../...

.../... échangent, progressent. Certains exposés étaient faits par des généralistes libéraux, d'autres par des hospitaliers, l'expérience des uns enrichissant l'expérience des autres. Cinq samedi matins de suite à évoquer les problèmes psychologiques de la fin de vie, des soins palliatifs à l'euthanasie. Non pas en théorie, mais en pratique. Plusieurs cycles proposés dans l'année. Tous complets. Et j'y ai beaucoup appris. L'ambiance était modeste, pas du genre « Moi, je sais », mais plutôt : « Comment t'as fait ? Comment tu l'as vécu ? ». La salle était pleine à craquer sans distinction entre généralistes, spécialistes, hospitaliers, médecins et infirmières. Pas de débat stérile. Pour nos confrères belges, les débats théologiques – faire ou ne pas faire –, c'est du passé, l'heure est à l'échange d'expériences pour le bien des mourants. Verra-t-on un jour une telle formation continue en France ? Les généra-

listes se sont-ils positionnés collectivement sur ce thème essentiel et qui touche tous leurs patients sans exception ?

Les sujets de création d'un nouveau mode d'enseignement ne manquent pas en médecine, mais ils doivent se faire dans le cadre d'un rapprochement des différents types d'exercice et non dans la rivalité entre « maîtres » et « frustrés ». C'est cet esprit-là qui faut développer et mettre à la poubelle les discours revanchards.

Enfin dans le domaine de la formation permanente, il faudra bien un jour envisager la refonte de la répartition des rôles entre soignants. Répartition des connaissances et des gestes entre les acteurs de la santé. Car la crise de la démographie médicale ne touche pas les seuls généralistes, mais également les spécialistes comme l'a montré le rapport Kouchner en 2001 : 25 % de médecins généralistes en moins et 25 % de médecins spécialistes en moins en 2015. Alors, s'il faut exiger l'ouverture urgente et massive du numerus clausus (position combattue par nombre de syndicats médicaux), il faut également revoir nos habitudes et notre collaboration entre médecins et professions paramédicales. Il est aujourd'hui prouvé que certains soins médicaux, certains gestes techniques peuvent parfaitement

être réalisés par nos collègues non médicaux, après une bonne formation et dans le cadre d'une équipe de soins. Certaines expériences existent déjà en France et à l'étranger : à Paris, les infirmières de l'hôpital Georges Pompidou ont créé une équipe spécialisée dans la prise en charge les douleurs thoraciques, en première ligne. A Montélimar, des infirmières suivent en consultation les malades traités pour hépatite C. Des travaux ont montré que les infirmières formées à l'endoscopie digestive au Japon fournissent un travail de même qualité que celui des médecins. En Allemagne, des manipulateurs radios se forment à la réalisation de certains examens radiologiques. Les possibilités de restructuration sont donc immenses. A nous de les imaginer avant de nous les voir imposés.

Tout cela sous-entend une nouvelle vision de notre exercice. Que l'on réclame encore des centres de santé comme en 1968, soit ! Mais cette réforme n'est plus dans l'air du temps. La gauche est passée et n'a rien fait. Je ne rêve plus. Si ça se fait un jour, tant mieux, mais je n'attendrai pas ce mouvement pour avancer. Dans l'exercice libéral des généralistes, il y a dès à présent des revendications à obtenir. La formation, si elle demande du temps et des efforts, doit être récompensée. Il n'y a aucune raison que le malade paye la même somme au médecin qui fait l'effort de mettre ses connaissances à jour et celui qui exerce avec ses seuls acquis universitaires, tout juste améliorés par des renseignements glanés ici et là.

Je suis pour un vrai financement de la formation continue, mais aussi son obligation et je suis favorable à la modulation du prix de la consultation selon que le généraliste aura suivi ou non une formation continue (valable également pour le spécialiste).

En conclusion, je dirais qu'il ne suffit pas de dénoncer les insuffisances du système, de montrer du doigt de vrais ou faux coupables, il faut occuper le terrain. Ça prend du temps, mais c'est enthousiasmant. Ne plus voir en celui qui exerce différemment un adversaire, mais un collaborateur potentiel. Bref, changer sa façon de voir. Et surtout avoir de l'audace, encore de l'audace et toujours de l'audace. ■

« Que l'on réclame encore des centres de santé comme en 1968, soit ! Mais cette réforme n'est plus dans l'air du temps. »



# Sages-femmes : quel devenir ?

**La formation des sages-femmes a été profondément modifiée par les changements récents qui entourent la naissance, mais aussi par l'introduction des travaux de recherche liés à l'universitarisation.**

**Odile Montazeau,** sage-femme, enseignante  
Mon métier de sage-femme enseignante a commencé au temps où nos mains renseignaient sur la croissance fœtale, sa position et son poids, nos oreilles sur son bien-être. Nous avions le temps d'écouter les dires de la femme. Nos yeux apportaient beaucoup sur son état général. Un matériel assez sommaire validait notre jugement pragmatique.

Mon propre apprentissage reposait sur une transmission orale, une gestuelle précise, acquise par le mimétisme et la forte identification aux sages-femmes dont j'admirais le savoir-faire. Un travail théorique et une analyse constante de la mécanique obstétricale nous faisaient progresser d'une année à l'autre.

Une confiance dans le déroulement normal des événements donnait aux sages-femmes une sérénité relative.

Le slogan était « Le plus urgent est le plus souvent d'attendre ». Le médecin intervenait sur leur appel, dans les accouchements dystociques. Bien sûr, il y avait des drames, des pleurs autour de l'enfant mort ou malformé, mais la vie reprenait son cours. Nous avions confiance dans le « Progrès ». Le raisonnement médical était, pour l'essentiel, acquis au pied du lit de la gestante ou de la parturiente quand l'obstétricien vérifiait notre progression et nos compétences.

En ce dernier tiers du XX<sup>e</sup> siècle, les femmes échappaient enfin à la malnutrition donc au rachitisme, à la misère, au travail harassant et pouvaient avoir des enfants dans de bonnes conditions.

J'achevais mes études avec la généralisation de la PPO (psycho-prophylaxie-obstétricale dite accouchement sans douleur). Elle nous a rendu encore plus gratifiant ce métier avec la maîtrise par le couple de cette étape de la vie qu'est une naissance. La plénitude de la grossesse nous sautait aux yeux au décours d'un couloir de consultations, d'une salle d'accouchement sans douleur, sans idéalisa-

tion une fois la contraception rentrée progressivement dans la vie des femmes.

Dix ans de pratique en salles d'accouchement dans plusieurs établissements me ramenèrent en CHU où la transmission d'une expérience clinique me fit choisir l'enseignement.

Les premières années, ce fut un réel plaisir de me situer dans cette transmission orale et pratique. La théorisation était importante sur le diagnostic, le pronostic et l'analyse du partogramme. Nous discutions des conduites à tenir et de la pertinence des interventions plus ou moins intempestives. La mécanique obstétricale de l'accouchement physiologique n'était pas encore désuète, l'accompagnement du couple comptait aussi, mais ne se théorisait pas comme aujourd'hui.

Les pathologies de la grossesse étaient enseignées en dernière année d'études : les femmes mal ou non suivies arrivaient en état éclamptique ou avec une MAP sévère (menace d'accouchement prématuré) ou avec les saignements cataclysmiques d'un placenta prævia.

Je vivais comme privilège le fait d'avoir le temps. Le temps avec les étudiants sages-femmes (ESF) et les couples, car j'étais détachée des effectifs, échappant pour un moment aux contraintes de la charge de travail qui augmentait pour les collègues. Ce temps qui rétrécit, qui se « gère », qui manque.

En quelques années, les choses ont changé. Un paradigme s'impose en France : toute grossesse et accouchement sont a priori à risque ; ils seront jugés normaux a posteriori (paradigme contraire aux Pays-Bas et pour l'OMS).

Le monitoring du cœur fœtal en continu devient la règle, mettant fin aux déambulations des parturientes. L'enregistrement des contractions utérines rassure et rend désuet pour les ESF l'apprentissage clinique de l'évolution de « la dynamique utérine », la main sur le ventre de la femme. Les quelques essais de la téléométrie ambulatoire sont

« La mécanique obstétricale de l'accouchement physiologique n'était pas encore désuète, l'accompagnement du couple comptait aussi, mais ne se théorisait pas comme aujourd'hui. »

utilisés pour les femmes motivées et les sages-femmes convaincues, dans certaines maternités, quand la disponibilité le permet.

La généralisation de l'anesthésie péridurale (ADP) immobilise en position couchée les femmes, 63 % de moyenne nationale en 1998, 80 à 90 % chez les primipares dans certains établissements. La douleur de l'accouchement disparaît... Les salles de naissance deviennent silencieuses. Les ESF sont bouleversés en revenant des stages extérieurs (hors maternité-école) où elles découvrent les cris et soupirs des parturientes refusant l'APD dans quelques maternités ou n'y ayant pas l'accès, faute d'anesthésistes disponibles.

La préparation à la naissance devient un lieu d'information sur le fonctionnement du plateau technique et ses protocoles.

L'échographie rend tout fœtus suspect : trop gros, trop petit, trop bas pour le terme, pas assez descendu un mois plus tard...

Dans ce contexte sociétal hanté par l'utopie de « la santé absolue », de l'enfant « parfait », du « risque zéro », comment rétablir une « confiance » dans la vie ? Les ESF sont paralysés et muets, faute de trouver les mots adaptés aux situations d'angoisse des femmes, faute de trouver les clefs du savoir-être dans « l'asepsie verbale » prônée dans les cours de psychologie...

L'obsession de « l'enfant à tout prix », et tout de suite, remplit le service de gestantes à risque. Ces femmes alitées aux histoires médicales invraisemblables, laissent incrédules les ESF en début de formation. Ils/elles venaient se former pour accompagner les grossesses et accouchements physiologiques. Mais ne doivent-ils/elles pas être capables de dépister la pathologie dans le programme de leurs compétences ?

Les écoles de sages-femmes sont rattachées à la faculté de médecine et la maternité-école du CHRU. Ceci implique de découvrir l'obstétrique dans une maternité de type III qui draine toutes les grossesses à risque de la région. Les stages en maternité de type I et II ne sont pas toujours possibles pour toutes. Discours paradoxal de la sage-femme enseignante qui parle de physiologie et de bas risque les deux premières années d'étude.

Depuis 1990 s'est instauré, sous couvert du discours sécuritaire, une concentration des lits-maternités. Les petites et moyennes maternités ont fermé au profit des plateaux techniques. Les contraintes du taux d'occupation des lits conduisent à standardiser l'accouchement. Administration de prostaglandines, rupture de la poche des eaux, perfusion d'ocytocine et APD qui permet à la femme de supporter cet accouchement « accéléré ». C'est ainsi que sur une semaine, je n'ai trouvé aucun partogramme de primipare sans uti-

lisation de médication renforçant les contractions utérines, pour les Travaux Pratiques « analyse du partogramme » dans la maternité-école de 4000 accouchements/an.

Après l'accouchement, les ESF sont très investis dans l'accompagnement des mères désirant allaiter. Mais les protocoles de nursing du bébé, rigoureux pour échapper aux infections nosocomiales liées au gigantisme des structures, ne facilitent pas le spontanéisme. La relation mère-enfant ne se met pas en place facilement. Souvent, la nouvelle mère se sent dépassée, débordée avec son nouveau-né. Elle sort au 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> jour de suites de couches, en pleine montée laiteuse non régulée.

Trois points restent pour moi inquiétants dans la transmission des savoirs. D'abord, la non-évaluation des pathologies induites par ce regroupement en maternité de type III pour les femmes de la population évaluée à bas risque. Ensuite la non-évaluation psychoaffective de la déshumanisation de cette naissance instrumentalisée. La procréation et la filiation tendent à se réduire à la seule dimension biologique, au détriment de la fonction symbolique de la parentalité et de sa dimension sociale. Enfin, la validité d'une formation des futurs professionnels sur ces plateaux techniques. Nous induisons une perpétuation de la vision techniciste de la naissance, sans pouvoir intégrer les travaux de théorisation sur le savoir ancestral accumulé par les femmes et les sages-femmes depuis l'Antiquité. Par exemple sur la mobilité en cours de travail et d'accouchement ou encore sur les postions pour mettre au monde (apports du travail de B. Gasquet).

Ces exemples conduisent à réfléchir sur la formation des futurs professionnels de la naissance afin que ces connaissances puissent être acquises. Elles pourraient réinstaurer un rôle majeur dans la prise de contrôle de la naissance par les femmes elles-mêmes. A l'heure où « la clinique » est très dévalorisée, les sages-femmes doivent reprendre la parole au quotidien, ne pas se résigner et transmettre aux étudiants sages-femmes leur savoir clinique. Arrêter de se taire, quand un jeune médecin interne ne peut appréhender cette parturiente dans sa singularité, ou telle autre femme, qui leur semble, par leurs connaissances solides de sage-femme, ne pas relever de cette conduite à tenir standardisée...

Yvonne Knibielher dans *Accoucher* a ces mots forts à propos des sages-femmes: « La médicalisation n'a pas bousculé seulement leur travail au quotidien, elle a brouillé l'image, de la profession ».

« La relation mère-enfant ne se met pas en place facilement. Souvent, la nouvelle mère se sent dépassée, débordée avec son nouveau-né. »

.../...

.../... Il me semble important aussi d'enseigner l'histoire de la médecine et l'anthropologie. En effet, cette question de posture pour accoucher montre l'importance de l'histoire et de l'aspect culturel dans la constitution de la science. Ainsi, en France, la mécanique obstétricale est héritière de la médecine anatomo-pathologique du XIX<sup>e</sup> siècle considérant le bassin osseux fixe. Ces connaissances accumulées ont été faites sur l'étude des cadavres, bien sûr, immobiles.

Un dernier aspect récent me préoccupe dans la formation des étudiants sages-femmes, c'est l'obligation de recherche dans le travail de fin d'études. Ce travail de recherche doit reposer sur une méthodologie, axée sur des bases épidémiologiques. Or, la pression est forte dans les maternités hospitalo-universitaires, car une partie du budget est liée à la recherche comme dans les autres services. Les sages-femmes, jusque là « récalcitrantes », se voient guidées par des collègues auxiliaires de recherche pour rappeler les protocoles à leur mémoire et augmenter les effectifs des femmes dans les groupes des études... Les protocoles sont apparus nécessaires, incontournables. Ils permettent à chaque membre du personnel de s'adapter vite aux situations types définies. Les protocoles sont la sédimentation de ces nouvelles normes déduites des moyennes statistiques. Celles-ci sont en permanence remises en question, moulonnées au travail statistique. Alors les protocoles changent, et les équipes courent après la dernière version...

Comment peut-il en être autrement, dans ces structures de 20 000 consultations prénatales ou plus par an, et 4 000 à 5 000 accouchements ?

Le nouveau cursus des études de sages-femmes devrait en faire des collaborateurs/trices moins critiques et formatés pour « la recherche »...

Le Dr Donatien Mallet signale une confusion redoutable sur le plan éthique dans cette vision du soin et de la recherche : « Lorsque le soignant est à la fois chercheur et clinicien, n'est-il pas pris dans une tension entre les fins et les moyens ? La demande du soigné est d'être considéré comme une fin en soi. Le soignant dans l'idéal aspire au bien de l'autre, conceptualisé comme une fin en soi. Soigné et soignant se rejoignent sur cette visée commune. À l'inverse, le chercheur considère le patient d'abord comme un moyen, instrumentalisé pour une fin. La personne souffrante, considérée dans son individualité, n'est pas la finalité du protocole de recherche. Elle n'est que le moyen utile à la visée théorique que serait une meilleure connaissance sur l'efficacité du traitement. »

Mon inquiétude redouble en réfléchissant aux

modifications sur la formation des sages-femmes avec l'application des principes de Bologne dans le cadre de l'uniformisation européenne des études. Pour favoriser la mobilité des étudiants avec des « passerelles » d'un cursus à l'autre, les premières années reposeront sur l'approche théorique des fondamentaux. L'alternance stages/cours sera différée ; la spécialisation professionnelle s'effectuera à partir de la 3<sup>e</sup> année de licence. L'imprégnation avec les professionnels sages-femmes sera reculée dans le temps. Ceci diminuera, à coup sûr, le processus d'identification professionnelle, et l'acquisition du savoir clinique déjà en perdition avec la surenchère des examens para-cliniques.

Dans ce double mouvement où la grossesse entre de plein pied dans le champ de la médecine curative, la médecine elle-même subit une transformation aussi importante qu'inquiétante, en se croyant « science ». Comment rappeler cette vérité élémentaire que la grossesse et la naissance ne sont pas des maladies pour les femmes en bonne santé ?

Dans une société donnée, l'accouchement ne s'invente pas individuellement, bien qu'expérience intime, il dépend du politique et de l'économie. Dans notre société contemporaine, la vision du corps et de la santé est modelée par le savoir médical officiel sur le corps et ses applications techniques qui instrumentalisent l'être humain. La majorité des femmes, en s'en remettant au corps médical pour la naissance de leurs enfants, ne font que partager l'opinion générale : la médecine la plus technique est la plus sécuritaire et garantit la meilleure santé possible. Elles sacrifient la prise en compte de leur vécu subjectif.

Dans ce contexte de domination du discours médical, le XXI<sup>e</sup> siècle a fait de la maternité un événement très médicalisé.

Enseigner en école de sages-femmes consiste aujourd'hui à faire prendre conscience de ces faits, à éveiller un esprit critique, à donner sens au terme responsabilité citoyenne : comment se positionner pour que l'équité des soins perdure ? Pour échapper à la médecine à « deux vitesses » mise en place et majorée par les dernières lois ? Comment dégager les conditions d'une naissance qui garde la charge émotionnelle et affective avec les garanties de sécurité et de respect ?

Le futur peut devenir propice à la dénonciation de l'instrumentalisation niée du corps durant la grossesse et l'accouchement. Futur où les femmes, soutenues par leurs compagnons, refuseront cette dépossession d'un événement important : la perpétuation de la vie. Mais, à l'instar de J. Gélis, nous savons que : « La naissance témoigne d'une société pour le meilleur et le pire ». ■

# Quelle formation pour quel métier ?

**L**Il s'agit de faire des propositions sur la façon dont on pourrait modifier le déroulement et le contenu des études médicales. Les étudiants doivent être mieux préparés à ce métier qui exige des connaissances scientifiques, mais qui est basé sur la relation et la considération du patient dans son environnement. Des expériences d'enseignement, en France comme à l'étranger, favorisant la réflexion et l'esprit critique, nous laissent entrevoir ce que pourrait être une formation plus respectueuse de la place du patient et du développement de la réflexion des futurs soignants. Cette formation doit non seulement être indépendante de toute influence des lobbies, en particulier pharmaceutiques, mais aussi apporter aux futurs médecins les outils pour se prémunir de cette influence. Elle doit s'articuler avec la formation continue et se réaliser dans l'échange entre étudiants et praticiens expérimentés. Les exemples de compagnonnage en psychiatrie et de la formation à la médecine de famille au Québec témoignent d'un enseignement interactif qui ouvre des pistes à suivre. Des généralistes enseignants belges se posent les mêmes questions que nous. Les étudiants eux-mêmes innovent et s'organisent pour développer des modes de recherche et de discussion qui leur permettent de compenser les manques de leur formation. A travers la question de l'accès aux soins, ils s'ingénient à formuler les questions politiques posées par le soin et la santé. Les prémisses de la prise en compte de l'intérêt des patients ? —

# La littérature comme outil de formation

**La littérature offre une dimension exemplaire pour la formation des médecins à la relation thérapeutique, mais également pour la compréhension des multiples enjeux sociaux, historiques et politiques.**

**Gérard Danou,** Lors d'une conversation privée, un professeur de littérature, qui avait été hospitalisé longtemps pour un grave accident, me confia la remarque suivante : la difficulté avec la médecine et les médecins, me disait-il, « c'est la question du langage ». Impressionné par la formule, je me suis demandé quelle serait la meilleure manière, la plus ouverte aux autres et au monde, d'éduquer les futurs médecins à la « relation thérapeutique ». Me sentant impliqué (comme médecin-sujet) dans la question posée, j'entrepris vers 1980 des études de lettres modernes sans cesser d'exercer la médecine. Cette double pratique, du discours médical et des langues communes travaillées, enrichies par de nombreuses œuvres littéraires, ne put que conforter mon intuition première. Une certaine littérature nous offre une somme de connaissance dont la sémiologie clinique n'a pas besoin, mais qui reste indispensable pour comprendre les dimensions historique, sociale, politique et psychologique de la souffrance et de la maladie. Dans les années 1990, j'ai publié avec deux collègues une anthologie commentée de textes littéraires destinée spécifiquement aux médecins ; depuis l'idée a fait son chemin, en particulier en Suisse, et une nouvelle anthologie analogue a été publiée par une historienne enseignant aux étudiants en médecine. Le cloisonnement parfois conflictuel entre les facultés est encore très marqué, en particulier pour ces deux bastions de pouvoir que sont, en France, le droit et la médecine. Les pays anglo-saxons et les pays francophones comme la Belgique, la Suisse et le Canada ont compris la capacité éducative des récits, des fictions et du cinéma dans la formation médicale et la réflexion éthique. En France, les sciences humaines entrent peu à peu dans les cursus médicaux, mais pas encore la littérature de fiction, considérée comme trop subjective. Cet aspect réflexif, qui met en question la subjectivité du lecteur, fait sans doute peur à ceux qui décident des programmes d'enseignement. Or c'est la subjecti-

tivité et la capacité de réflexion personnelle et éthique à travers l'acte de lecture qui nous importent. Toutefois, ne désespérons pas : la médecine est liée à une culture en mouvement qui la rend possible. Or, depuis plus de vingt ans, les usagers de la médecine s'approprient un certain savoir médical sur leur corps et exigent d'être écoutés et entendus des médecins qui devront « comme naturellement » se plier au nouveau « partage du sensible » selon l'expression de Jacques Rancière. Ainsi évoluent les sociétés.

Pendant des siècles, le savoir médical s'est transmis par l'étude des cas ; le cas est le récit recueilli par l'écriture de l'histoire de la maladie d'un patient précis. Il sert d'enseignement à la fois par sa singularité et sa régularité. L'ensemble des cas donne une bonne image de la difficulté de l'art médical construit sur du savoir et de l'expérience, qui sans cesse met ce savoir à l'épreuve. On peut considérer l'écriture du cas comme un exemple rhétorique et par analogie la littérature (fictions et récits divers) comme une infinité de situations humaines exemplaires, imaginaires ou réelles.

**« Chaque histoire humaine narrée est comme un puzzle dont les pièces seraient mal ajustées. »**

Ni les concepts philosophiques figés dans leur définition désincarnée, ni le discours biomédical ne peuvent rendre compte de l'aventure aléatoire et risquée qu'est le vivre de chacun. Montaigne écrit dans ses *Essais* que dans l'exemple, il y a toujours quelque chose « qui cloche ». Chaque histoire humaine narrée est comme un puzzle dont les pièces seraient mal ajustées. Au XVIII<sup>e</sup> siècle, Jean-Jacques Rousseau utilisera très souvent les récits exemplaires pour poser et conforter ses hypothèses philosophiques. Pour ces deux auteurs classiques, le philosophique s'ancre dans la vie quotidienne. Que l'on songe aux réflexions politiques et sociales que l'on peut tirer de l'épisode du ruban volé ou de l'exquise et honteuse fessée que Jean-Jacques raconte dans ses *Confessions*. Ces épi-

sodes ne sont pas des concepts, mais ils font comprendre au lecteur par exemplarité comment une pensée du politique (le gouvernement de soi et de la Cité) émerge à travers des petites expériences vécues chargées d'affects. La pratique de l'argumentation par l'exemple rend plus vivante la démonstration supposée « en mettant la chose sous les yeux que les hommes croient beaucoup plus que leurs oreilles » écrivait Diderot dans *L'Encyclopédie*.

L'exemple ainsi « mis sous les yeux » fonctionne comme témoignage par les faits de la vérité d'une assertion en revers de la pure rationalité. Voici un autre exemple emprunté à Diderot dans *Jacques le fataliste et son Maître*. Nous sommes au siècle des Lumières et son ouverture à l'universel. Dans les premières pages du conte philosophique, il s'agit de faire comprendre au lecteur que l'expérience singulière de la douleur permet par analogie de sentir de l'empathie et de la compassion pour autrui. Alors que Jacques raconte à son maître son ancienne blessure au genou, ce dernier lui répond sans cesse : « Jacques, tu te moques » ; jusqu'au moment où le maître tombe lui aussi de cheval et se blesse au même lieu :

- « Jacques : Eh bien monsieur, qu'en pensez-vous ?  
 – Le maître : De quoi ?  
 – Jacques : De la blessure au genou.  
 – Le Maître : Je suis de ton avis, c'est l'une des plus cruelles.  
 – Jacques : Au vôtre ?  
 – Le Maître : Non, non, au tien, au mien, à tous les genoux du monde.  
 – Jacques : Mon maître, mon maître, vous n'y avez pas regardé ; croyez que nous ne plaignons jamais que nous. »

La relation par l'expérience (ici l'universalité de la douleur) ne peut être parfaite, mais elle a le mérite fondamental de faire sentir les situations les plus diverses. L'analyse critique du texte et la discussion éthique viendront secondairement s'ajouter aux affects pour les nuancer et leur donner de la vie.

La connaissance des situations humaines infinies

« La médecine n'est pas une science exacte ; elle est une "somme évolutive de sciences appliquées". »

réelles ou fictives que nous offrent la lettre et l'image, la littérature et le cinéma (cf. le philosophe américain Stanley Cavell) doit être reconnue à part entière comme outil de formation à la relation thérapeutique. La médecine n'est pas une science exacte ; elle est une « somme évolutive de sciences appliquées » (Georges Canguilhem), dont la part relationnelle se pratique comme un art impliquant le style personnel du médecin. La pratique nous fait rencontrer des individus de tous les

horizons linguistiques avec lesquels il est souvent difficile de communiquer. On peut cependant regarder le monde qui inclut le patient et son corps comme un texte à déchiffrer. L'interprétation médicale en est une lecture ; la connaissance de la littérature mondiale, une autre, plus proche sans doute que la première, de l'histoire vécue des peuples et des individus. La littérature transmet des histoires et des états d'esprit. Ces interprétations ne s'excluent pas, elles se complètent. L'exemple est une vaste image ou métaphore ; on ne dira jamais dans la conversation « voici par métaphore » mais « voici par exemple ». En argumentation, l'exemple veut apporter une preuve technique. Selon les dictionnaires de rhétorique, l'exemple ne présente les relations ni de la partie au tout, ni du tout à la partie, ni du tout au tout mais (je souligne) du semblable au semblable. Certes l'exemple « cloche » à la fois par manque de sens et par excès de sens par rapport à la raison scientifique ou conceptuelle. Cependant la littérature comme source infinie d'exemples nous intéresse et nous fait comprendre comment ont vécu et vivent nos semblables d'ici et d'ailleurs dans leurs similitudes et leurs différences. Elle nous rapproche. ■

#### ■ Bibliographie

- P. Bagros, G. Danou ; A. Olivier, *Anthologie de textes littéraires pour les étudiants en médecine*, Paris, Ellipses, 1998.  
 M. Louis-Courvoisier, *Les livres que j'aimerais que mon médecin lise*, Chêne-Bourg, Suisse, Georg ed., 2008.  
 G. Danou, Langue, récit, *Littérature dans l'éducation médicale* (préface de F. Dagognet), Limoges, Lambert-Lucas, 2007.

# Les soignants et l'indépendance

**Indépendance de la formation et formation à l'indépendance sont de véritables enjeux en termes de santé publique pour lutter contre l'influence omniprésente des conflits d'intérêt.**

**Philippe Masquelier, Les conflits d'intérêts omniprésents :  
vice-président du Formindep, déclare n'avoir aucun lien avec les entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé. **risque sanitaire avéré****

Les problèmes de santé publique liés aux activités de soin, largement médiatisés ces dernières années (Distilbène®, sang contaminé, hormone de croissance, Vioxx®, Médiator®) ont comme point commun la non prise en compte des conflits d'intérêts des acteurs (structures, experts...). D'autres affaires retentissantes révélées à l'occasion de grand procès aux Etats-Unis d'Amérique comme celui du Neurontin®<sup>1</sup> ou d'études cliniques indépendantes comme WHI sur le traitement substitutif de la ménopause (à mettre en parallèle avec le rapport de la documentation française « les notables de la ménopause »<sup>2</sup>), mais aussi l'étude minutieuse des conditions d'élaboration de certaines recommandations professionnelles de la HAS par le Formindep<sup>3</sup> puis par Louis-Adrien Delarue dans sa thèse de doctorat en médecine<sup>4</sup> révèlent l'ampleur des conflits d'intérêts en médecine. La gestion de la grippe H1N1 a reposé sur une expertise sous influence, responsable de décisions ne reposant pas sur les données de la science<sup>5</sup>. Il ne fait plus de doute que d'autres intérêts que ceux de la santé des usagers de soin influencent les décisions de soins. Ces conflits d'intérêts constituent de fait un risque sanitaire<sup>6</sup> important à part entière dont les enjeux se mesurent en termes de morbi-mortalité, et de perte de confiance des usagers dans le système de santé.

Au XXI<sup>e</sup> siècle, les soins de qualité au service de l'intérêt de la santé des usagers de soins doivent prendre en compte le risque sanitaire que constituent les conflits d'intérêts en santé.

## Indépendance de l'information

La formation des soignants doit reposer sur des informations fiables et donc indépendantes. De nombreux acteurs de l'indépendance de l'information en santé réfléchissent depuis longtemps aux conditions d'indépendance de l'information médicale. A l'occasion du scandale du Médiator®, des propositions pertinentes ont été faites par la revue *Prescrire*<sup>7</sup> et par le Sénat<sup>8</sup>.

Depuis plusieurs années le Formindep s'exprime à ce sujet<sup>6</sup>.

L'analyse de l'ensemble de ces sources d'informations met en évidence la place essentielle prise par les experts dans tout le circuit de l'information de santé. Les firmes l'ont bien compris. Des agences de communication<sup>9</sup> en font leur commerce, intermédiaires entre experts et firmes. Elles détiennent et mettent à jour des données sur les champs d'influence des experts (universités, agences sanitaires, recommandations, réseaux, sociétés savantes, formation médicale, associations de patients...), identifiés comme *Key Opinion Leader* (KOL), considérés comme outil marketing des firmes. Elles sont capables de faire un suivi très fin de l'influence du KOL. Les services proposés par ces officines sont larges : aide à l'élaboration de recommandations, invitations à intervenir dans des congrès, rédaction d'articles scientifiques, aide au montage des dossiers d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), *think tank*<sup>10</sup>...

Une grande partie de l'information de santé est sous l'influence d'autres intérêts que ceux de la santé des patients<sup>11,12</sup>.

Le contenu de la formation des soignants doit s'appuyer sur la recherche et la promotion d'informations médicales indépendantes. Les futurs soignants et les soignants en activité doivent connaître ces enjeux et les intégrer à leur pratique.

## Formation des soignants à l'indépendance

La formation des soignants à l'indépendance est effective depuis plusieurs années dans un nombre croissant de facultés de médecine aux Etats-Unis avec pour objectif de former des soignants connaissant les sources d'influences, leurs mécanismes, leurs enjeux, et sachant s'en prémunir. La prise en compte des données factuelles de l'intérêt de la santé du patient du bien commun, la culture du doute, la pensée critique, l'éducation à la responsabilité sont des outils à développer pour former les futurs soignants.

Aux Etats-Unis, une société savante l'*American*

Pour les adresses des sites Internet, se reporter à la version de l'article sur le site de *Pratiques* : [www.pratiques.fr](http://www.pratiques.fr)

*Association of Medical Colleges (AAMC)*<sup>13</sup>, l'équivalent de notre académie de médecine l'*Institute of Medicine (IOM)*<sup>14</sup>, une association d'étudiants en médecine l'*American Medical Student Association (AMSA)*<sup>15</sup> ont produit des rapports et des outils pour réglementer et promouvoir une formation universitaire sur le thème des conflits d'intérêts.

Les habitudes apprises et acquises au cours des années de formation ont tendance à perdurer et à s'intégrer aux pratiques professionnelles. Il est donc pertinent d'envisager l'intégration des problématiques des conflits d'intérêts dans le cursus et les programmes tout au long de la formation théorique et pratique des étudiants, mais aussi des professionnels.

Pour illustrer cette nécessité nous pouvons nous appuyer sur l'engagement de l'AMSA qui propose depuis 2007 à ses 67 000 étudiants en médecine adhérents :

**1. Une charte *PharmFree* :**

« Je m'engage à pratiquer la médecine dans le meilleur intérêt des patients et à poursuivre une formation basée sur les meilleurs niveaux de preuves, plutôt que sur la publicité et l'information promotionnelle.

Par conséquent je promets de n'accepter ni argent, ni cadeaux, ni hospitalité de la part des firmes pharmaceutiques ; de rechercher des sources d'information non biaisées qui ne reposent pas sur l'information diffusée par les firmes ; d'éviter les conflits d'intérêts au cours de ma formation médicale et ma pratique professionnelle. »

**2. Une classification des facultés de médecine<sup>16</sup> :**

Il s'agit d'un palmarès de l'indépendance des facultés vis à vis des firmes qui repose sur treize critères dont dix ont trait à l'indépendance structurelle, un à l'enseignement de l'indépendance, deux à l'existence d'un contrôle et de sanctions en cas de non respect de la réglementation.

**3. Un programme type d'éducation et de formation à l'indépendance vis-à-vis des intérêts des firmes :**

L'objectif principal de ce programme est de préparer les étudiants aux interactions avec les firmes pharmaceutiques dans un sens qui garantit la santé individuelle des patients, les intérêts de santé publique et qui préserve la confiance du public dans la médecine.

Ce programme développe :

→ Les compétences à acquérir :

- Pratique professionnelle de qualité et conflits d'intérêts : être capable d'expliquer ce qui constitue un conflit d'intérêt et de décrire comment ceux-ci influencent la pratique clinique et les référentiels professionnels.
- Circuit et régulation des médicaments et des

dispositifs médicaux : être capable de décrire les facteurs influençant la recherche et le développement des produits de santé, les étapes de leur développement et de leur autorisation de mise sur le marché, ainsi que les conséquences de ses AMM délivrées par les agences sanitaires sur la santé publique.

- Sécurité et efficacité des produits de santé : être capable d'évaluer les essais cliniques, de décrire les conséquences des biais de publication et des conflits d'intérêts sur l'accessibilité aux données de sécurité et d'efficacité des produits de santé

- Marketing et comportements des praticiens : être capable d'expliquer les relations qui existent entre influence et réciprocité, et d'identifier les différentes manières avec lesquelles les pratiques de marketing parviennent à influencer le comportement des praticiens.

- Formation médicale continue : être capable d'en décrire les processus, d'identifier les sources de biais, et les sources fiables de connaissance médicale.

→ Les stratégies d'enseignement concernant les conflits d'intérêts et les liens des professionnels de santé avec les firmes.

Il existe très peu de données concernant l'efficacité des stratégies d'enseignement dans ce domaine. Dans ce contexte, l'AMSA préconise d'utiliser des moyens pédagogiques qui favorisent l'engagement de l'étudiant, les échanges contradictoires plutôt que les méthodes classiques de cours magistraux. L'AMSA insiste également sur la valeur pédagogique de l'exemplarité des enseignants. Ce principe implique la mise en place d'un règlement qui réduise les conflits d'intérêts à tous les niveaux d'enseignement.

Aux Etats-Unis, une enquête a montré que près de 95 % des étudiants de 3<sup>e</sup> année ont déjà reçu soit un petit cadeau, un livre, un échantillon, ou une invitation à un repas de la part des firmes. De fait, retarder la formation sur les influences et conflits d'intérêts engendrés par de telles pratiques, c'est prendre le risque du formatage des étudiants sur le modèle des relations d'influences industrielles sur les praticiens. La formation sur les conflits d'intérêts doit donc débiter dès le début du cursus.

→ La gestion et l'interdiction des conflits d'intérêts dans le processus de formation :

Pour les années de formation préclinique, l'AMSA préconise le choix d'enseignement libre de tout conflit d'intérêts. En l'absence d'enseignant indépendant, l'enseignant doit déclarer de manière exhaustive et détaillée ses conflits d'intérêts.

Pour les années de formation clinique, l'interdiction des conflits d'intérêts étant non applicable, la déclaration d'intérêts (nature précise du lien,

.../...

.../... montant des intérêts financiers...) doit être systématique pour tous les enseignants et maîtres de stage sur tous les lieux de formation.  
L'IOM dans son rapport Conflict of Interest in Research, Medical Education and Practice<sup>14</sup>, au chapitre traitant de la formation médicale, préconise l'interdiction :

- d'accepter des offres d'articles de la part d'entreprises de produits de santé,
- des supports de formation ou des publications scientifiques produits ou contrôlés par les firmes,
- de développer des activités de conseil aux firmes en dehors de contrat institutionnel,
- d'entrer en contact avec des représentants des firmes commercialisant des produits de santé,
- d'accepter des échantillons de produits de santé.

- 1. « Stratégies de promotion des firmes pharmaceutique : l'exemple du Neurontin® », *Prescrire*, 2007 ; 27 (284), p. 464-466.
- 2. « Au bénéfice du doute. Les notables de la ménopause face au risque du traitement hormonal substitutif de la ménopause », Christelle Salles, Rapport de recherche pour la MiRe, septembre 2004.
- 3. « Des recommandations professionnelles peu recommandables », Philippe Masquelier, [www.formindep.org](http://www.formindep.org), mars 2009.
- 4. « Les Recommandations pour la Pratique Clinique élaborées par les autorités sanitaires françaises sont-elles sous influence industrielle ? A propos de trois classes thérapeutiques », Louis-Adrien Delarue, Thèse de doctorat en médecine-Université de Poitiers, juillet 2011.
- 5. Lettre ouverte-pétition à Didier Houssin, Directeur Général de la Santé, [www.formindep.org](http://www.formindep.org), décembre 2009
- 6. « Transparence de l'information médicale une question d'hygiène », Philippe Foucras, [www.formindep.org](http://www.formindep.org), août 2008
- 7. « Après Mediator », les propositions *Prescrire* pour redresser le cap

### Urgence d'une telle formation pour les étudiants et les professionnels en France

Les conflits d'intérêts dans le monde de la santé constituent un risque sanitaire important en termes de santé publique et individuelle, et de perte de confiance dans toute la chaîne du soin. Ils ont un impact économique défavorable sur le budget de la santé. Il y a maintenant urgence à ce qu'une formation qui aborde spécifiquement ce risque voie le jour en France. Elle devra alors intervenir tout au long du cursus des études des soignants, puis de leur développement professionnel continu. Le modèle développé aux Etats-Unis depuis plusieurs années mérite d'être analysé en détail et pourrait être adapté pour servir de base aux programmes de formation français. ■

- de la politique du médicament.
- 8. Rapport d'information commune du Sénat sur : « Mediator® : Evaluation et contrôle des médicaments », 28 juin 2011.
- 9. Heartbeat Expert.
- 10. Intervention d'Anne Chailleu au cours de l'audition du Formindep dans le cadre de la Mission commune d'information du Sénat, Médiateur : évaluation et contrôle du médicament, 19 mai 2011.
- 11. « Information médico-pharmaceutique sous influences », Philippe Masquelier, [www.formindep.org](http://www.formindep.org), mai 2010.
- 12. « Expertise médicale : des pistes pour réduire les conflits d'intérêts », Paul Benkimoun, *Le Monde*, 4 mars 2010.
- 13. "Industry Funding for Medical Education", A report of an AAMC Task Force, 2008.
- 14. "Conflict of Interest in Research, Medical Education and Practice", Institute of Medicine, 2009.
- 15. "Evidence and Recommendations for a Model Pharmfree Curriculum", AMSA.
- 16. AMSA Scorecard, 2010.

§Santé publique  
§Formation initiale,  
§Formation continue  
§Sciences humaines  
§Militantisme

## Des études hémiplégiques

Entretien avec **Maud Gelly**, médecin généraliste. Propos recueillis par **Martine Lalande**

Les jeunes médecins généralistes, bien mieux formés que les anciens sur le plan médical, ressentent l'insuffisance de leurs études en enseignement de sciences humaines. Maud Gelly travaille au Centre d'interruption volontaire de grossesse et de contraception de Colombes depuis six ans, et en parallèle au centre de Planification de Saint-Denis : « J'ai hésité entre lettres et médecine jusqu'en terminale et j'ai choisi médecine au dernier moment parce que c'était plus long et que j'adorais l'école. Je ne suis pas totalement insatisfaite par le contenu des études de médecine, que je trouve néanmoins hémiplégiques. Car les enseignements sont assurés quasi exclusivement par des médecins, alors que cela ne nous aurait pas fait de mal d'être aussi formés par des psychanalystes (et pas seulement dix heures de cours en première année), des historiens de la santé publique, des sociologues de la santé, des militants d'Act Up<sup>1</sup>, des anciennes du MLAC<sup>2</sup>... Je rêve un peu, mais pourquoi pas ? » ■

- 1. Association militante et activiste de patients vivants avec le Sida et de militants qui n'hésitent pas à mener des actions spectaculaires et provocatrices, et participent aussi aux commissions de recherche sur les traitements du Sida.
- 2. Mouvement de libération de l'avortement et de la contraception, association qui a mené la lutte pour le droit à l'avortement dans les années 1970 en organisant la pratique d'avortements clandestins en France, déterminante dans la lutte qui a permis d'obtenir la légalisation de l'avortement par la loi Veil de 1975.

# Et au Québec ?

§ Santé publique  
 § Formation initiale, Formation continue  
 § Médecin généraliste, médecine générale  
 § Médecin spécialiste

**Au Québec, le tronc commun, pour tous les étudiants en médecine, est la médecine générale.**

Après de nombreux échanges théoriques avec nos collègues québécois, nous sommes allés partager pendant six semaines les activités professionnelles de l'équipe des « Médecins de Famille » du CLSC (Centre Local de Services Communautaires) de Sherbrooke.

Stage d'observation nous permettant d'échanger sur nos pratiques de « médecins de premier recours », activités très diversifiées dans les CLSC par rapport à celles des généralistes français, puisque tous les soins possibles en ambulatoire y sont pris en charge (y compris obstétrique, urgences...), ainsi que la santé publique, la prévention, l'éducation sanitaire, la formation médicale initiale (FMI) et la formation médicale continue (FMC).

Généralistes enseignants, maîtres de Stage de la Faculté d'Angers, nous nous sommes particulièrement intéressés à l'activité pédagogique de nos collègues.

Sherbrooke est une ville universitaire de 100 000 habitants, avec un CHU et une faculté de médecine renommée au Canada pour sa pédagogie innovante.

Ce qui nous a frappés d'emblée, c'est que l'Unité de Pédagogie est confiée à un « Médecin de Famille » du CLSC et que le tronc commun, pour tous les étudiants en médecine, est la médecine générale.

La médecine générale est vraiment considérée comme le pilier du système de soins ; tout le territoire du Québec, même les territoires éloignés, ont un système public de « Premier Recours », avec un maillage territorial de CLSC, où travaillent des équipes pluridisciplinaires plus ou moins importantes selon la population.

Il existe aussi des « Médecins de Famille » exerçant en dehors des CLSC, mais grâce à des conventions passées entre eux (80 % y ont adhéré) et les CLSC depuis déjà plusieurs années, les Groupements des Médecins de Famille (GMF) assurent maintenant l'ensemble des tâches de santé publique.

La pédagogie choisie pour la formation initiale est largement inspirée par ces modes d'exercice et de conception de la « médecine de premier recours ». Les étudiants font d'emblée des stages dans les GMF.

Dès la première année, la formation théorique est faite à partir des problèmes de médecine générale les plus fréquents : hypertension artérielle, diabète, lombalgies...

L'apprentissage se fait sur deux modes : l'apprentissage par raisonnement clinique (ARC), l'apprentissage par problème (APP).

L'approche globale de la santé (au sens défini par l'OMS) est privilégiée ; le travail d'équipe « transdisciplinaire » est d'emblée mis en pratique dans les stages. Des temps de concertation, ou d'élaboration de protocoles d'intervention (pour harmoniser les actions des intervenants) auxquels les stagiaires participent, des temps de présentation de dossiers avec les malades acteurs de leur propre histoire... des temps de participation à des groupes de parole ou de partage de compétences (marrainage) pour que les personnes puissent s'aider entre elles... aident les étudiants à participer activement à des actions de santé publique par la suite.

Cours théoriques et stages sont assurés par les généralistes, qui sont pour cela déchargés des autres activités, avec des moyens mis à disposition conséquents et une reconnaissance professionnelle pour faire cette tâche de formation médicale initiale.

En conclusion : la formation initiale assurée au Québec nous a semblé beaucoup mieux préparer les étudiants à leur futur métier. En France, une plus grande reconnaissance et des moyens permettraient de développer davantage chez les jeunes l'envie d'exercer la médecine générale. ■

**NB.** Dans les évaluations faites auprès des futurs médecins de famille, une place relativement importante est réservée « à la motivation, à la démarche comportementale, à la capacité d'écoute, à l'aptitude psychologique à réaliser la médecine générale ». De plus, à la faculté, avant que l'étudiant fasse son choix (médecine de spécialité ou médecine générale), il y a théoriquement une présentation exhaustive par des praticiens d'éléments propres à chaque exercice pour l'aider à se déterminer. Mais au Québec aussi, la tendance hospitalière spécialisée a tendance à être dominante et les médecins généralistes enseignants, qui ont une place plus reconnue qu'en France, doivent quand même être très actifs pour ne pas se laisser marginaliser.

**Anne-Marie et Jacques Prinot**  
 médecins généralistes

# Qu'attendent les usagers ?

**Une étude récente : « les transformations actuelles de l'offre de soins en médecine générale correspondent-elles aux préoccupations des usagers de la médecine générale ? »<sup>1</sup> permet d'y réfléchir.**

**Marie Kayser,** médecin généraliste Cette étude ne porte pas sur la formation des médecins, mais s'intéresse à l'importance accordée par les usagers aux différents aspects du soin ; quarante aspects du soin ont été répertoriés par les auteurs et regroupés en cinq grandes dimensions : qualité clinique perçue, relation médecin patient, organisation du soin, caractéristiques de la structure et du médecin. Les usagers ont été recrutés en fonction de caractéristiques socio-démographiques : âge, sexe, lieu de résidence, (les catégories socioprofessionnelles n'ont pas été un critère).

**Sur les sept aspects du soin en médecine générale définis par les usagers comme composant le cœur de leurs préoccupations, cinq réfèrent à la relation médecin-patient** avec les items : « Obtention d'informations sur le problème de santé – Le médecin connaît l'histoire médicale du patient – Le médecin écoute le patient - La clarté des explications - Obtention d'informations sur le traitement ». « L'obtention d'informations sur le problème de santé » semble constituer la principale priorité pour près de 80 % des usagers. Les auteurs rapprochent ces réponses de celles, similaires, d'une étude analogue réalisée auprès de 3 540 patients dans différents pays européens. Ils concluent que « l'existence d'une relation durable entre le médecin et son patient semble constituer un pré requis à l'instauration d'une relation de confiance permettant l'échange d'information. »

**L'autre grande dimension du soin, du point de vue des usagers, est la qualité clinique** avec les items « Minutie de l'examen clinique », « Réalisation d'actions de prévention et d'éducation à la santé », capacité du médecin à « Répondre aux conséquences physiques du problème de santé » (douleurs - gênes). Les auteurs rappellent qu'il y a débat dans la littérature internationale sur la capacité des patients à évaluer la qualité clinique des soins reçus ; les études de satisfaction montrant généralement « une faible sensibilité du point de vue des usagers aux variations de la qualité clinique du soin ». Ils soulignent que leur étude permet de faire ressortir la qualité clinique perçue comme une préoc-

cupation majeure des usagers à côté de la relation médecin-patient, celle-ci n'étant « pas suffisante pour assurer un soin de qualité ».

**La coordination des soins par les médecins généralistes est désignée aussi comme un des aspects les plus importants** « Les usagers valorisent le rôle du médecin généraliste comme "aiguilleur" dans le système de santé. »

**En revanche « une faible attention est accordée aux caractéristiques du médecin et à l'organisation interne de la structure médicale »** : parmi les six aspects du soin en médecine générale pouvant être considérés comme sans importance par les usagers, cinq décrivent la structure médicale (pluriprofessionnelle ou non, pluridisciplinaire ou non) ou le médecin (sexe, âge). Les enquêtés ne montrent donc pas d'attente forte en terme de modalités d'exercice professionnel alors même que celles-ci peuvent avoir des conséquences majeures sur les aspects du soin de médecine générale qu'ils jugent primordiaux.

Les fortes attentes des usagers révélées dans cette enquête en terme de relation médecin-patient, de qualité clinique du soin et de coordination interpellent la pratique médicale et donc le contenu de la formation. Les questions de la relation médecin-patient et de l'information donnée au patient ont de tout temps été peu réfléchies au cours des études de médecine et des stages pratiques ; la clinique qui avait une place traditionnellement importante « au lit du patient » tend de plus en plus à être détrônée par les examens complémentaires. Quant à la coordination des soins, les étudiants ont relativement peu l'occasion de l'étudier et de la voir à l'œuvre dans notre système très hospitalocentré. Il est important que tous ces domaines fassent partie de l'enseignement tant théorique que pratique dès les premières années d'études de médecine. ■

1. Nicolas Kruciena, Marc Le Vaillant, Nathalie Pelletier-Fleury, « Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? », QES 163, mars 2011, <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes163.pdf>

## Petit prolongement à la question « Qu'attendent les usagers ? »

La question posée par l'étude dont Marie Kayser rend compte est une bonne question. Mais faut-il prendre la « demande » des usagers comme une donnée naturelle ? Les « attentes » des usagers, les « besoins » de la population sont évidemment les résultats de processus sociaux. Le pouvoir politique n'a malheureusement aucune réflexion sur les façons dont pourraient se construire les « attentes des usagers ».

Peut-on « peser » sur les « attentes des usagers » ? Le choix fait de laisser les questions de soins, de connaissance de son corps, de l'usage des médicaments... hors du champ de l'école est évidemment un choix qui « structure » ce que vont être les « attentes » des usagers. Le sous-développement de « l'éducation à la santé » participe du même mouvement.

Les « besoins » de la population, les « attentes des usagers »

ne sont pas des données naturelles, **Pierre Volovitch**, économiste, elles sont construites par la société. Et les choix que les politiques font (ou ne font pas) dans ces domaines (éducation à la santé à l'école ou hors de l'école) ont évidemment des conséquences sur ces « attentes ». La question de la place des médecins (et des soignants) dans l'éducation des patients étant une des questions centrales à poser.

Or sur ces questions :

- Quelle éducation dans le domaine du soin et de la santé pour les habitants de ce pays ?
- Quand, où et, par qui est apportée cette éducation ?
- Quelle place pour chaque profession dans cette éducation à la santé ?

Il n'y a pas de débat public, et donc pas non plus de politique publique explicite. —

# Une université populaire égalitaire

**La faculté de médecine actuelle reproduit une société de classes. Pour démocratiser les études de médecine, bannir élitisme et corporatisme, il faut les transformer en profondeur, les ouvrir à tous les étudiants motivés et leur fournir une boîte à outils.**

Nous sommes plus ou moins bien armés pour accompagner les patients, tout dépend de notre formation, de nos rencontres (pas forcément hospitalo-universitaires) et de notre boîte à outils. Les médecins ne sont pas tous issus du même monde et ne se forment pas tous dans le même moule, ils ne font pas tous le même métier.

Avec ma tenue de désamiantage, je démontrerais la faculté de médecine du centre ville, comme d'autres démontent des fast-foods américains, et la déplacerais sur le campus universitaire au milieu des départements des sciences humaines et sociales !

Supprimons le concours de première année, créé en 1971, et le *numerus clausus*, véritables pourvoyeurs de l'esprit de « caste ». Ouvrons la faculté de médecine à tous les bacheliers, pas seulement les scientifiques. Les étudiants doivent être interrogés sur leurs connaissances générales et pas quasi-exclusivement sur les sciences dures. Le nombre de reçus doit être déterminé en fonction des besoins de santé des populations. Encore faut-il que ceux-ci soient identifiés par les politiques.

Dissolvons les corporations officielles et créons les conditions d'une réelle démocratie étudiante pour l'épanouissement de tous. Supprimons les cours privés et rendons obligatoire l'enseignement universitaire public décloisonné, en y incluant les enseignements en philosophie et en sciences sociales. Créons des stages tous azimut dès les premières années de fac, en médecine générale, dans les centres médico-sociaux et de PMI, en médecine du

travail, en gériatrie, en pédiatrie, au **Patrick Dubreil**, médecin généraliste, planning familial, dans les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), afin que les rencontres professionnelles ouvrent des chemins de traverse et que l'expérience s'acquière dès le départ.

Transformons les internats en logements sociaux et offrons à chaque étudiant une boîte à outils d'artisan pour qu'il puisse apprendre les connaissances utiles à sa pratique et à sa recherche.

Surtout, donnons envie de faire ce métier en montrant aux jeunes les valeurs qui fondent notre engagement professionnel et syndical et permettent de nous épanouir : l'égalité, la tolérance, le respect, le souci de l'autre et de ses problèmes, la non hiérarchisation des rapports humains, la solidarité, la fraternité.

Pour que ces transformations soient possibles, le mouvement social en lutte contre toutes les formes d'injustice doit affronter les tenants de l'élitisme et des corporatismes<sup>1</sup>, en s'unifiant pour un véritable débouché politique et social. —

1. L'Ordre des médecins fut promulgué le 7 octobre 1940 par le régime de Vichy ; il avalisa les mesures anti-juives des nazis vis-à-vis des médecins de confession israélite.

Cet article est un extrait d'un article plus long intitulé « La faculté et la sélection de classe », publié sur le site avec le supplément au *Pratiques* 55 sur la formation des médecins : [www.pratiques.fr](http://www.pratiques.fr)

# Enseigner la médecine narrative

« Un complément indispensable aux connaissances scientifiques à ingurgiter pour les ECN », une réflexion sur son métier. « Parler de notre ressenti, sans jugements ni sarcasmes. » (commentaires d'étudiants).

**François Goupy**, professeur d'épidémiologie à la faculté de médecine Paris Descartes,  
**Gaëlle Abgrall-Barbry**, Hôtel Dieu de Paris, Assistance Publique Hôpitaux de Paris,  
**Claire Le Jeunne**, faculté de Médecine, Université Paris Descartes.

Les médecins ont l'expérience de patients qui leur confient parfois des notes ou des écrits personnels (voire familiaux), et plus généralement ils savent que les récits de l'histoire singulière d'une maladie et des événements, qui ont jalonné l'histoire personnelle d'un patient, sont essentiels non seulement pour l'analyse sémiologique qui conduit au diagnostic, mais aussi pour établir une relation médecin malade de qualité nécessaire au suivi de la prise en charge thérapeutique. Par contre, la réflexion sur leur pratique de la médecine repose exclusivement sur la communication orale, qu'il s'agisse des groupes de parole qui réunissent à l'hôpital médecins et soignants dans certaines spécialités comme la cancérologie, la gériatrie, les soins palliatifs ou la psychiatrie, ou des groupes Balint

qui réunissent des médecins généralistes autour d'un psychanalyste. En France, la base de l'enseignement de la clinique aux étudiants est le compagnonnage, qui est la technique pédagogique considérée comme la plus efficace pour former les futurs médecins à la relation médecin-malade.

En Amérique du Nord, s'appuyant sur une tradition de séminaires de *literature and medicine* et de *patient-centered care*, la *Narrative Medicine* a depuis dix ans fait son apparition

dans les facultés de médecine<sup>1,2</sup>, et depuis l'année 2009 l'Université Columbia de New York propose un *Narrative Medicine Master of Science Program* pour former des enseignants<sup>3</sup>. La médecine narrative se définit comme une compétence qui permet de « reconnaître, absorber, interpréter et être ému » par les *stories of illness (illness and not disease)*, et qui emprunte aux spécialistes de la littérature les techniques d'analyse structurelle d'un texte littéraire, pour décoder le récit d'un patient. Selon Rita Charon, l'enseignement de la *Narrative Based Medicine*

devrait être, avec l'*Evidence Based Medicine*, l'un des deux piliers de la formation initiale des médecins<sup>4</sup>, et pourrait être une réponse aux insuffisances d'un système de santé qui laisse quelquefois des patients ignorés dans leur souffrance, et des médecins isolés dans leur pratique.

L'Université Paris Descartes a proposé pour la première fois, pendant l'année 2009-2010, à quarante étudiants de médecine de quatrième année (DCEM 2), un module optionnel de médecine narrative. L'enseignement de la médecine narrative, tel qu'il est pratiqué en Amérique du Nord, repose sur des travaux d'écriture en groupes de six à huit étudiants. Six séances de trois heures comprenant un enseignement théorique suivi d'un enseignement dirigé préparé pour cinq groupes de huit étudiants furent donc proposées. Le premier enseignement dirigé, consacré à deux brefs récits éloignés de la clinique (« L'histoire de votre vocation médicale » et « L'histoire de votre nom »), permet aux étudiants de se présenter et de se familiariser avec ces exercices nouveaux d'écriture et de lecture à voix haute, et aux animateurs de donner les règles du jeu des exercices (confidentialité, respect, et liberté de ne pas participer à un exercice). Bien que toutes les précautions aient été prises pour que cet exercice ne soit pas vécu comme intrusif, l'analyse des scores de la satisfaction exprimée par les étudiants, ainsi que leurs commentaires, a révélé que l'évocation d'une histoire personnelle a troublé quelques étudiants et que d'autres n'ont pas toujours compris l'intérêt de cet exercice. Curieusement, le thème plus personnel du deuxième exercice d'écriture (« L'histoire d'une expérience personnelle ou familiale de la maladie ») a été moins vivement ressenti, mais cette évolution positive est probablement attribuable à la discussion en groupes qui suivit la projection de *The doctor*, un film décrivant l'évolution de la relation médecin malade, chez un chirurgien atteint d'une maladie grave. Enfin les deux derniers exercices, plus proches de la clinique (« L'histoire de l'expérience personnelle

« La médecine narrative se définit comme une compétence qui permet de "reconnaître, absorber, interpréter et être ému" ... »

d'une relation médecin-malade », « L'histoire d'une maladie d'un patient, racontée par le patient »), ont été unanimement appréciés.

Pour plus de précisions sur les enseignements dirigés, sur le contenu des cours (dont l'objectif était de donner le cadre conceptuel nécessaire pour préparer les étudiants aux exercices d'écriture et de lecture) et sur l'évaluation de l'enseignement par les étudiants, on pourra se référer à un article en cours de publication<sup>5</sup>. Il est intéressant de noter ici que les deux thèmes qui ont été le plus appréciés sont ceux qui suscitent une attitude réflexive chez les étudiants : la description des fonctions de l'écriture personnelle, illustrée par la lecture d'extraits du journal intime d'un jeune homme atteint de mucoviscidose<sup>6</sup>, et la présentation d'une description clinique<sup>7</sup> de l'évolution de l'empathie chez les étudiants en médecine, pendant leur cursus universitaire. L'évaluation a aussi fait apparaître que le cours « Art et médecine » a été particulièrement bien accueilli, et plusieurs commentaires ont révélé la forte attente des étudiants pour des enseignements médicalisés de culture générale, confirmant la tendance observée en Amérique du Nord de proposer des modules de *medical humanities*, qui prolongent les enseignements de *literature and medicine*. Enfin, il est remarquable que la seule étudiante qui ait affiché sa pratique de l'écriture intime soit justement celle qui a le mieux résumé l'importance de ce nouvel enseignement en faculté de Médecine :

« On vit parfois des situations difficiles dont nous n'avons pas trop les clés. C'est très intéressant d'en discuter et écrire dessus nous aide à faire le point. De plus, un point de vue strictement personnel : j'aime beaucoup l'écriture, et c'était un réel plaisir de devoir réécrire des choses non formatées. » (C. K.)

Pour conclure, nous illustrerons la générosité et l'enthousiasme de la majorité des étudiants, par un récit adressé par une étudiante, deux semaines après le contrôle des connaissances :

« Ce matin, j'ai vu une patiente en cancérologie, qui m'a particulièrement marquée. C'est une patiente qui était suivie dans le service depuis quelques temps et je devais aller recueillir les événements notables survenus depuis sa dernière séance de chimiothérapie et faire un examen clinique. Pendant que je lui demandais tout cela, elle m'a dit : « Vous avez deux minutes ? », j'ai regardé ma montre, il était 12 h 30 et je lui ai dit : « Oui, oui, allez-y, pas de problème ». Elle m'a résumé son histoire (ce qui m'arrangeait bien aussi, car c'était plus clair qu'après avoir essayé de

reprendre tous les comptes-rendus) et je l'ai écoutée sans trop l'interrompre. Après je lui ai demandé plus précisément les éléments dont j'avais besoin pour remplir ma feuille.

Je suis revenue quelques instants après pour lui demander de préciser quelque chose, et au moment où j'allais repartir, elle m'a dit : « J'ai été vraiment frappée par votre capacité d'écoute. » J'ai aussitôt pensé aux cours de médecine narrative, j'avais l'impression que c'était une illustration directe. Elle m'a dit que c'était important aussi pour les patients, que c'était une qualité première ou du moins, que ça jouait vraiment un rôle. Et moi, j'ai vraiment bien aimé qu'on me fasse un tel compliment. » (S. B.)

Enfin, l'évaluation de cet enseignement optionnel, qui a été suivi en 2010-2011 par trente-cinq étudiants de quatrième année et vingt-trois étudiants de cinquième année, a confirmé leur appréciation très positive : la moitié des étudiants considèrent – après l'avoir suivi – que cet enseignement devrait être proposé à un plus grand nombre d'étudiants ou rendu obligatoire, et les trois quarts souhaiteraient que de nouveaux exercices d'écriture et de lecture en petit groupe leur soient proposés pendant les autres années du deuxième cycle des études médicales. ■

#### Remerciements

Nous remercions Elisabeth Aslangul, Anne Chahwakilian, Didier Delaitre, Thomas Girard, Jean Michel Lassaunière et Nicolas Roche, Tali-Anne Szwebel, qui ont animé les enseignements dirigés ; Gérard Danou, Nicolas Dantchev, Philippe Lejeune, Dennis Linder, Patrick Triadou, pour leurs contributions aux cours et l'animation pédagogique.



1. Charon R., "Narrative medicine : a model for empathy, reflection, profession, and trust", *JAMA* 2001;286:1897-1902.
2. Charon R., "Narrative and medicine", *N Engl J Med* 2004; 350:862-4.
3. Gina Kolata, "Learning to listen", *New York Times*, January 3<sup>rd</sup>, 2010.
4. Charon R., "The art of medicine. Narrative evidence based medicine", *Lancet* 2008; XXX:296-7.
5. Goupy F. et al, « L'enseignement de la médecine narrative peut-il être une réponse à l'attente de formation des étudiants à la relation médecin malade ? » (en attente de publication).
6. Johann Heuchel, *Je vous ai tous aimés*, Seuil, 1998
7. Marcus ER, "Empathy, humanism, and the professionalization process of medical education", *Acad Med* 1999;74:1211-5.

Cet article reprend de larges extraits d'une contribution publiée dans la revue de l'Association pour l'autobiographie et le Patrimoine Autobiographique, *La Faute à Rousseau*, n° 55, octobre 2010.

« On vit parfois des situations difficiles dont nous n'avons pas trop les clés. C'est très intéressant d'en discuter et écrire dessus nous aide à faire le point. »

# Formation et psychothérapie

**À considérer les difficultés de la formation à la psychothérapie dans le champ de la psychiatrie, on mesure qu'il y a encore du chemin à parcourir pour sortir de l'empirisme, du côté du bon sens, et éviter la technologie déshumanisante, du côté de l'université.**

**Eric Bogaert,** *psychiatre* En 1958, paraissait dans le n° 5 de l'*Information Psychiatrique*, revue « scientifique » du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, un article écrit par Jean Oury, intitulé « Participation des infirmiers<sup>1</sup> à la psychothérapie » (*Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, collection Psychothérapie Institutionnelle, Champs social éditeur). Sa position est que, dans le contexte particulier des soins des plus fous en institution (à entendre comme un établissement où les soignants sont attentifs aux effets pathogènes de son – leur – organisation sur le psychisme des patients, à orienter celle-ci de telle sorte qu'elle ait plutôt des effets thérapeutiques, aux relations interpersonnelles conscientes et surtout inconscientes dans le groupe que constituent les soignants et les fous, et à faire l'analyse permanente – freudienne et marxiste – des divers nouages dans ces divers plans), les infirmiers et au-delà, l'ensemble des « agents » qui contribuent à la vie de l'établissement, ont une place et plus encore un rôle actif dans les soins, bien sûr, mais aussi dans l'analyse institutionnelle des entrecroisements de chacun avec le groupe, c'est-à-dire des phénomènes psychiques dans leurs registres individuel et social. Cette position s'est heurtée à celle d'autres membres du groupe de Sèvres, dont René Diatkine et Paul-Claude Racamier notamment, rassemblant de 1957 à 1959 des psychiatres et des psychanalystes qui voulaient changer le paysage psychiatrique français, à l'initiative de Georges Daumezon, dans la foulée des Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active créés à Clermont-Ferrand peu après la seconde guerre mondiale pour développer la formation des infirmiers psychiatriques : le secteur psychiatrique en est né. Pour ceux-ci, le rôle des infirmiers se limitait à encadrer la vie quotidienne des fous – ce qui n'est pas si simple que ça –, de telle sorte qu'ils pouvaient vivre dans l'établissement où ils étaient traités en psychanalyse individuelle par les psychanalystes. Le groupe de Sèvres a été clivé par ces débats, qui ont précipité sa disparition. Un peu plus tard, en 1974, le congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française a connu, à

Auxerre, une édition houleuse, présidée par Georges Daumezon, et dont le thème était « Rôle et formation de l'infirmier psychiatrique ». Les psychiatres chargés de rédiger le rapport sur la formation des infirmiers psychiatriques (Dimitri Karavokiros et Georges Monroy) voulurent qu'il le soit par des infirmiers. Si ce fut fait, ce rapport n'a pas été débattu ensuite, ou plutôt les débats, qui se sont engagés dans le congrès des psychiatres entre eux et des infirmiers venus d'un congrès organisé par ceux-ci à proximité, se sont poursuivis dans le cadre de ce congrès d'infirmiers, avec quelques psychiatres qui avaient suivi. Rapport et débats n'ont pas été publiés dans les actes de ce congrès de psychiatrie. En 1992, le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique disparaît, remplacé par le diplôme unique polyvalent, et l'enseignement de la psychiatrie aux infirmiers s'appauvrit considérablement, quantitativement et qualitativement : le fait humain disparaît derrière les techniques, quand ce n'est pas sous les technologies, et les protocoles. Les infirmiers de secteur psychiatrique voulaient être reconnus infirmiers au même titre que leurs collègues diplômés d'État, tandis que les pouvoirs publics, il s'agissait de se mettre en conformité avec les normes européennes.

Le 20 mai 2010, le Premier ministre signait le décret n° 2010-534 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute. Celui-ci précise les conditions d'inscription sur le registre national des psychothérapeutes, nécessaire pour pouvoir faire usage de ce « titre » : il faut être titulaire d'un diplôme de doctorat permettant d'exercer la médecine en France, ou d'un diplôme de niveau master en psychologie ou psychanalyse, et justifier de la validation d'une formation en psychopathologie clinique de quatre cents heures minimum délivrée par un établissement agréé par les ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, et d'un stage pratique, d'une durée minimale correspondant à cinq mois, effectué dans un établissement autorisé à cet effet par l'Agence Régionale de Santé (ARS). La demande est instruite par le directeur de l'ARS, pour le compte du préfet du

département, qui effectue l'inscription sur la liste départementale. Vous voilà ainsi psychothérapeute d'État. Pour « les professionnels justifiant d'au moins cinq ans de pratique de la psychothérapie à la date de publication du décret », une dérogation précise les heures de formation dont ils doivent justifier dans cinq « thèmes » de la formation en psychopathologie clinique : développement, fonctionnement et processus psychiques ; critères de discernement des grandes pathologies psychiatriques ; théories se rapportant à la psychopathologie ; principales (*sic*) approches utilisées en psychothérapie ; stage. Les heures à justifier se répartissant respectivement comme suit selon les divers diplômes : psychiatres (dispense totale), médecins non psychiatres (0 h ; 0 h ; 100 h ; 100 h ; 2 mois), psychologues cliniciens (0 h ; 50 h ; 50 h ; 50 h ; 2 mois), psychologues non cliniciens (0 h ; 100 h ; 100 h ; 100 h ; 5 mois), psychanalystes régulièrement enregistrés dans leur annuaire (0 h ; 100 h ; 50 h ; 50 h ; 2 mois), et les professionnels n'appartenant à aucune des catégories précédentes (100 h ; 100 h ; 100 h ; 100 h ; 5 mois). Ainsi les psychiatres sont réputés tout savoir en matière de psychopathologie clinique, ce qui surprend quand on sait que le modèle psychodynamique de la pathologie psychique est enterré par le modèle médical dans l'enseignement de la psychiatrie depuis des années, et par son corollaire l'inflation actuelle des neurosciences dans ce même enseignement. L'autre surprise est la dispense faite aux médecins, en général donc (généralistes, mais aussi psychiatres) sur le premier thème, de psychologie générale, et sur le second pour les généralistes, très peu formés en psychiatrie, tandis que les psychologues cliniciens et surtout les psychanalystes se voient obligés de se former en psychopathologie et approches utilisées en psychothérapie !

Il s'agissait de réglementer l'utilisation du terme « psychothérapeute », dont n'importe qui pouvait se parer pour proposer ses services payants, afin d'éviter que des personnes en souffrance psychique, et/ou malades mentales, et/ou faibles et suggestibles, ne puissent se fourvoyer auprès de professionnels sans formation et/ou sans scrupules. Voilà qui est de bon sens, et bienveillant, mais prend la question par le mauvais bout, et même par deux mauvais bouts.

En effet, pour rester dans cet abord sur un plan de bon sens, quasiment imaginaire on le verra, on ne peut dire qu'une formation soit un critère suffisant pour assurer que le professionnel pratique son métier avec l'éthique nécessaire, ni qu'un escroc ne puisse parvenir à se procurer l'uniforme du professionnel patenté, en l'achetant, voire en en obtenant le titre. Il est donc vraisemblable que, dans ce registre de bon sens – « médecine basée sur l'évidence », évidence qui n'est pas une qualité du psychisme –, la recherche des précautions ne s'arrêtera pas là : il faudra évaluer les pratiques, et donc mettre en

place des référentiels de bonnes pratiques, demander la preuve de la formation permanente, se plier à une accréditation sur la base de normes industrielles ISO 9002 et suivantes... On peut craindre, ou espérer, qu'il soit impossible de jauger le produit de l'usage de la relation à l'autre, de la manufacture du lien social, de la fabrique de la sérénité, mais on doit savoir que le bon sens ne s'arrête pas aux détails ni au fond, et se suffit du semblant. D'autant qu'il faudra aux juges des critères pour reconnaître les pratiques malhonnêtes, parce qu'enfin il y aura sans doute toujours des offres malhonnêtes auxquelles succomberont les plus faibles et les plus crédules, voire les plus malins qui sauront comment y gagner en s'affranchissant des règles. Que l'homme veuille s'affranchir des lois de la nature, c'est certain, et il peut parfois avoir l'illusion d'y parvenir même, mais il ne peut que s'en arranger, c'est-à-dire en repousser certaines limites, et à quel coût ! Ne faut-il pas plutôt voir qu'il y a là un phénomène « naturel », essentiel à la nature humaine, qu'il faut donc examiner, palper, et interroger, penser, plutôt que recouvrir sous des couches de règlements : refoulement, déni, déplacement, en compliquent le traitement psychique, mais aussi social finalement.

Quant à l'autre bout, il concerne justement l'erreur sur la nature du problème. Psychothérapeute n'est pas un titre – ou s'il l'est, il est décerné par le patient : ainsi dans la « constellation » des personnes destinées à participer à ses soins, le fou tissera une relation psychothérapique parfois avec le psy, quelque chose désigné par son diplôme à cet effet, mais parfois avec un infirmier, ou même une secrétaire ou une aide-soignante : c'est une fonction qui prend sa valeur d'être envisagée à l'usage, après-coup, au cas par cas, toutes choses qu'un titre ne peut garantir. Tout comme un titre ne peut mesurer, par avance, le degré de crédibilité qu'accordera le patient à son psychothérapeute, ni de l'accueil que le psychothérapeute pourra réserver au patient. Pas plus qu'il ne peut garantir le sujet du texte que vont écrire ensemble le patient et son psychothérapeute.

Qu'est-ce qu'une psychothérapie ? C'est par étymologie une pratique de soin qui concerne le psychisme. Mais quelle place est encore accordée au psychisme dans les lieux où l'on forme les soignants (infirmiers et médecins) ? Et dans les discours des autorités savantes, qui disent les bonnes pratiques et les évaluent ? Il ne s'agit plus que de cocher des cases dans des listes de comportement et, selon leur association statistique, d'en déduire un numéro de diagnostic et des actes médicaux (hospitalisation, prescription de tel ou tel psychotrope, « prescription » d'une psychothérapie – c'est-à-dire mise en place de toutes les CAT<sup>2</sup> de la question d'internat, il s'agit de

« Il s'agissait de réglementer l'utilisation du terme "psychothérapeute", dont n'importe qui pouvait se parer pour proposer ses services payants. »

.../...

.../... se couvrir –, c'est à peu près tout), exécutés selon des règles normées en protocoles pour être « sécurés », reproductibles, quel que soit le soignant qui les assure, techniques et indiscutables : qu'il n'y ait rien à en dire, en tout cas rien où le sujet soignant y soit, c'est-à-dire éviter le transfert ou, dit plus simplement, la rencontre inter-subjective entre le patient et le soignant, moteur (et frein, certes) de la psychothérapie. Leur cadre impose aux infirmiers de ce service d'hospitalisation psychiatrique à temps complet de porter (se couvrir de ?) la blouse, pour que les patients n'aient face à eux que des soignants du même modèle, échangeables selon les 3x8, appliqués à appliquer le protocole de soin – ou plutôt, dans ce cas, de soins – : lisses, sur lesquels rien ne peut accrocher, et dont les traits du visage disparaissent à la lumière irradiant de la blancheur de leur tenue. Il y a de quoi rendre fou, aussi bien les patients que les infirmiers. Il existe diverses conceptions de la maladie mentale, il y a des débats sur la question de savoir les limites et rapports entre maladie mentale et santé mentale, chaque médecin exerce son métier comme un art, un artisanat, ou une industrie – plus de problème à dire ça, l'hôpital serait « une entreprise comme une autre » : ainsi il accorde au psychisme la place que ses orientations professionnelles (diplôme de telle faculté, marqué par tel professeur de chirurgie, ou de psychiatrie, ayant ou pas vécu l'expérience d'une

hospitalisation avant d'exercer, son histoire et sa conformation psychique personnelles...) l'ont amené à lui faire, et bien entendu, s'il est un « psychiste », il utilise sa grille de lecture et pose ses actes avec un regard, une pensée et une main de psychothérapeute. Pas besoin de s'inscrire auprès des représentants de l'État pour pratiquer son métier de psychiatre, de psychologue ou de psychanalyste, et donc pour tenir une fonction psychothérapeutique. Le savoir, le diplôme, le protocole, la normalisation, peuvent peut-être donner l'illusion d'une protection contre les erreurs, les tromperies, les escroqueries. On sait bien qu'il n'en est rien. Par contre, ils tuent la pensée, l'expérience personnelle, la personnalité, la vie. Ce n'est pas un hasard si « l'enseignement » de la psychanalyse passe par une analyse personnelle et non par des universités. Ni si toutes les tentatives de l'organiser, de l'instituer, ont échoué, et souvent abouti à la dissolution de chaque « école » qui s'en est mêlée. Le psychisme, c'est la vie, et la vie appelle la mort. L'histoire se poursuit, et ce qui se passe là, aujourd'hui, n'est qu'un symptôme de la façon dont le rapport de chacun aux autres se noue dans nos temps modernes. ■

- 
- 1. Le terme infirmier désigne dans ce texte les personnes, femmes et hommes, qui exercent cette profession.
- 2. Conduite à tenir.

## Etudier à Sherbrooke

Quand je suis entrée à la faculté de médecine il y a six ans, le processus était particulier à l'université de Sherbrooke au Québec. Il fallait passer un test de personnalité d'environ trois cents questions, ce qui comptait pour 50 %, et l'autre 50 % représentait nos performances au Cégep<sup>1</sup>.

Au cours de nos études, nous fonctionnons beaucoup par apprentissage par problèmes. Il s'agit de vignettes cliniques reliées au système du corps humain étudié. Nous devons faire des recherches dans nos livres de médecine et faire nos propres notes de cours. Par la suite, nous discutons en groupes de huit étudiants et un tuteur (un spécialiste dans la matière en question) est là pour nous guider et nous orienter sur ce qui est pertinent. En stage<sup>2</sup>, nous avons constamment à interagir avec les patients dès les premiers mois de médecine. Et il y a beaucoup d'entraide entre les étudiants.

Pour choisir notre spécialité, nous devons nous inscrire au Canadian Resident Matching Service (CaRMS). Il s'agit d'un processus de sélection standardisé et chaque université a ses propres critères de sélection. Après avoir complété lettres de référence, lettres de motivation et CV, nous passons des entrevues dans les différentes universités sélectionnées. Les gens qui ne sont pas classés dans la spécialité qu'ils désirent sont souvent des personnes qui ont mis très peu de choix de spécialités dans le CaRMS ou très peu de choix d'universités. De

plus en plus, la médecine familiale semble un premier choix chez les étudiants. Le gouvernement tente de plus en plus de valoriser cette profession et d'augmenter le nombre de postes.

Le fait d'intervenir dans divers milieux auprès de patients de tous âges, atteints de maladies aiguës, chroniques ou de problèmes mentaux, représentait pour moi un défi intellectuel extrêmement stimulant que je voulais bien relever. L'opportunité de prendre en charge toute la famille de façon continue et autonome et de traiter globalement chacun de ses membres individuellement reflète exactement le type de pratique dans lequel je savais que j'allais m'épanouir. Je tire également plaisir de l'étroite relation entre l'omnipraticien et son patient qui s'effectue à long terme. C'est ce contact privilégié qui me motive le plus dans la pratique de la médecine familiale. ■

- 
- 1. Collège d'enseignement général et professionnel, établissement d'enseignement pré-universitaire (deux ans d'études après le lycée pour préparer l'université).
- 2. L'externat comporte dix-huit mois de stages dans les spécialités suivantes : pédiatrie, gynécologie-obstétrique, médecine familiale, chirurgie, psychiatrie et médecine interne et quelques stages optionnels. Quatre mois se passent à Sherbrooke, quatre mois à l'extérieur (aussi loin que Moncton dans les Maritimes) et quatre mois au choix.

**Julie Martel**, résidente en médecine familiale au Québec.  
Propos recueillis par **Jessica Guibert**



# Formation initiale et continue au Maroc

**Comment adapter l'information et la formation médicale continue à la pratique quotidienne des médecins généralistes au Maroc et la faire évoluer vers plus d'indépendance ?**

**Fatima-Zohra Mchich Alami, De la formation initiale à la formation médicale continue (FMC)**

médecin généraliste du secteur libéral Maroc, présidente de l'association MG Maroc (collectif national des médecins généralistes du Maroc)

En sortant des bancs de la faculté de médecine avec le titre de docteur en médecine, nous pensions tout connaître et étions prêts à soigner tous les maux de la population. Mais une fois installés, la surprise était grande. Nous pratiquons la médecine certes, mais pas celle de l'hôpital avec sa batterie d'examens complémentaires, ses diagnostics rares, ses pathologies graves et surtout ses

staffs qui permettaient de discuter et de profiter de l'expérience des plus anciens

Nous étions livrés à nous-mêmes sans guide ni conseils devant des personnes malades et non des pathologies, devant des symptômes qu'il fallait comprendre et analyser. Les personnes malades et non malades attendaient un diagnostic dès le premier examen clinique, il n'était pas question de différer.

Par ailleurs, nous nous sentions impuissants devant les problèmes sociaux. Un sentiment qui peut pousser vers le désespoir ou au contraire vers la recherche de solutions.

Il fallait s'adapter au contexte social, à la vraie médecine de proximité.

**La formation médicale continue, un état des lieux**

Nous étions à la recherche de nouvelles compétences, nous avions le choix entre formation en échographie, nutrition, médecine du sport, acupuncture, ou médecine du travail... Est-ce vraiment ce dont nous avons besoin pour notre activité ? Peut-être pas, mais nous ne pouvions nous empêcher de préparer le premier « diplôme » ensuite le second... (sans oublier le prix faramineux de ces formations).

Par ailleurs, quelques mois après notre installation, nous découvrons une autre forme de FMC quand un délégué médical nous invite à une table ronde, à propos de nouvelles données scientifiques sur une pathologie X traitée par la classe thérapeutique Y. Et ainsi de table ronde en table ronde, de soirée de

formation en soirée de formation, le processus que nous connaissons se déroule, nous permettant d'accumuler des connaissances toujours intéressantes, certes, mais pas toujours appropriées aux besoins du moment, tout en nous questionnant sur la neutralité de leur contenu scientifique. Par ailleurs, puisque les conduites à tenir et les référentiels thérapeutiques changent, il est nécessaire non seulement d'accéder à l'information, mais aussi de l'adapter à la pratique quotidienne ; il faut savoir que nous ne connaissions que ce mode de FMC.

La situation actuelle est que la formation médicale continue n'est pas obligatoire, elle n'est pas subventionnée, mais elle est ressentie comme nécessaire par les médecins généralistes marocains.

Certaines spécificités différencient le médecin généraliste du secteur public et celui du secteur libéral. Dans le secteur public (sans oublier les médecins militaires, médecins des communes...), les FMC répondant aux attentes du ministère de la Santé sont prises en charge par celui-ci et programmées le plus souvent aux horaires de travail ; au contraire, dans le secteur libéral, le médecin est livré à lui-même avec la responsabilité de l'organisation, de la gestion et du financement de son propre processus de perfectionnement. La formation se déroule impérativement en dehors des heures de travail (pour éviter le manque à gagner).

Sur cet état des lieux, MG Maroc (association des médecins généralistes du Maroc) se propose depuis 2010 de s'investir dans la FMC de façon plus professionnelle avec deux grandes problématiques : quel style de formation professionnelle ? Quel financement pour ces formations ?

**Le style de FMC et les moyens**

Les moyens collectifs permettant une démarche participative, des formations sur la lecture critique d'articles sont programmées pour accompagner les médecins dans leur autoformation qui se base sur les supports papiers (la presse médicale nationale et internationale...), l'Internet, des supports audiovisuels...

Le système des groupes de pairs, très bonne alternative, n'a pas encore pris une grande ampleur à l'échelle nationale. Des soirées de formation organisées ont permis d'expliquer le déroulement des groupes de pairs avec, comme résultat, un groupe très actif, un deuxième groupe très timide et des projets de groupe de pairs en instance.

Des partenariats signés avec des organismes de formation ont permis de former un premier groupe de médecins généralistes formateurs (avec le projet de dupliquer cette formation dans d'autres villes), permettant ainsi de passer des formations animées par un spécialiste d'organe à des formations co-animées. En sachant que la résistance initiale s'est trouvée plus du côté des médecins généralistes eux-mêmes, mais après une année de travail, l'idée est de plus en plus appréciée et encouragée.

En intervenant comme organisateur, animateur et orateur, le médecin généraliste a pu canaliser les informations scientifiques vers ses besoins spécifiques. En effet, pour la préparation de sa communication, sa recherche tient compte de ses besoins qui en général sont celles de ses confrères, ce qui permet de mieux cibler l'objectif. Ces séances sont toujours interactives avec l'utilisation de plus en plus fréquentes de quizz pré-formation et post-formation.

### Le financement de la FMC

En une année, l'association a organisé et animé cinquante-six manifestations. Celles-ci ont été sponsorisées à 60 % par des firmes pharmaceutiques avec un compromis de plus en plus usuel : le laboratoire finance sans intervenir dans le choix des thèmes (tout en sachant que les thèmes sans rapport avec la pathologie sont extrêmement difficiles à faire financer) et des orateurs (généralistes et spécialistes d'organe). L'indépendance du médecin est-elle mise en cause ?

Un partenariat signé avec la faculté de médecine permet l'organisation de séminaires mensuels sans nécessité de budget.

Les groupes de pairs se déroulent également sans financement. L'autoformation, les formations diplômantes et la participation aux congrès relèvent de financements personnels.

Nous sommes donc actuellement face à trois cas de figure : autofinancement, sponsor par les firmes pharmaceutiques et formations sans nécessité de budget.

### Autres activités

La mise en place d'un site Internet permet aux médecins d'exprimer leurs besoins afin d'organiser des formations répondant à leurs objectifs avec la possibilité de s'inscrire aux formations qui intéressent les médecins (tout secteur confondu).

MG Maroc organise annuellement un congrès national de médecine générale.

### Conclusion

La formation médicale continue est actuellement pour le médecin généraliste marocain une obligation éthique avec une pédagogie interactive. Visant à acquérir des connaissances et des pratiques médicales avec une indépendance consciente, permettant ainsi une pratique de qualité et éthique. En espérant que des pourparlers avec les caisses d'assurance maladie puissent aboutir à de nouveaux modes de financement.

L'émergence d'une prise de conscience collective des médecins sur la nécessité de se prendre en charge pour une meilleure formation, aussi bien initiale que continue, a permis au médecin généraliste marocain de militer pour une médecine générale reconnue comme une spécialité avec ses propres spécificités. ■

## Cocooning...

■ **Anne Perraut Soliveres**, cadre supérieur infirmier à la retraite, praticien-chercheur

Longtemps j'ai accueilli chaque interne de garde pour sa première nuit. J'étais la surveillante et j'avais pris cette initiative devant le désarroi de la plupart d'entre eux, aussi bien pour trouver la chambre de garde, le plateau repas que pour faire bonne figure devant les aléas dont la nuit a le secret. Je leur faisais les recommandations d'usage quant aux bonnes pratiques (et en particulier les encourageais à appeler le « senior »...) et n'hésitais pas à me déplacer avec eux lorsque les difficultés le nécessitaient. Je pense pouvoir dire que cela s'est toujours très bien passé entre nous. Cette mission a été « annulée » un beau jour par la direction qui estimait que ce n'était pas dans ma fonction. Je n'ai été remplacée par personne... ■

# Une urgence depuis bientôt 40 ans !

**En Belgique aussi une véritable refonte conceptuelle de la formation des soignants est nécessaire : analyse et propositions portées par la Fédération des maisons médicales Belges auprès du ministère de l'Éducation supérieure.**

**Pierre Drielsma,**  
fédération des  
maisons médicales

*... l'étudiant en médecine est principalement  
confronté avec une médecine de luxe  
et d'exception, et... il se trouve un peu comme une  
future ménagère qui, au cours de cuisine,  
apprend à réussir un soufflé de langouste...<sup>1</sup>*

## Prologue

Le système belge ne diffère guère du système français, en particulier du côté francophone de notre merveilleux royaume (Bruxelles/Wallonie). La médecine générale est en très mauvais état, essentiellement par la dévalorisation continue qu'à connu ce métier depuis le développement des spécialités médicales. Le numerus clausus est apparu tardivement en Belgique, malgré une pléthore bien réelle dans certaines spécialités : cardiologie, gastroentérologie... et plus douteuses en médecine générale (les statistiques étaient pour le moins trompeuses).

Si le cadre de formation pour les spécialités est relativement bien établi, nous pensons que la médecine générale (discipline en crise) doit recevoir un traitement particulièrement soigné, une véritable refonte conceptuelle qui va bien au-delà de l'approche disciplinaire.

Voici quelques extraits d'une recherche fédérale<sup>2</sup> sur l'attractivité en médecine générale chez les étudiants : de nombreux étudiants ont peu de contacts avec la médecine générale et arrivent tardivement dans le cursus d'études de base. De surcroît, la perception négative de la spécialité médecine générale est influencée par les valeurs négatives véhiculées par la faculté et les médecins généralistes enseignants de certaines universités ne semblent pas jouer un rôle optimal comme ambassadeurs de cette spécialité. Des stages de bonne qualité en médecine générale sont par ailleurs essentiels pour que les étudiants optent en faveur de cette spécialité...

Tous les étudiants perçoivent la médecine générale comme une spécialité à statut et à revenus inférieurs. Les étudiants ont formulé des sugges-

tions à propos de : la sélection des étudiants (profil orienté vers la médecine générale), l'image et la position de la médecine générale au sein des facultés de médecine, la qualité de l'enseignement et des stages de médecine générale, une position plus forte des médecins généralistes dans le système de soins de santé...

Les départements de médecine générale sont encore jeunes et leur intégration dans les facultés de médecine n'est pas évidente. Peut-être pêchent-ils par manque d'audace, mais ils ont l'audace des moyens qu'on leur attribue.

## Problématique : Qu'est-ce qui ne va pas dans la formation de médecine générale actuellement ?

La sélection de premier niveau universitaire s'effectue essentiellement via des épreuves de sciences « dures » qui manquent à la fois de sensibilité et de spécificité. En effet, de piètres cliniciens peuvent réussir aisément ces épreuves et de futurs excellents généralistes peuvent être injustement rejetés dans les ténèbres extérieures par déficit d'abstraction mathématique.

La médecine générale dispose d'un espace trop petit dans le cursus, l'enseignement se fait pour l'essentiel à sens unique, de la médecine spécialisée vers la médecine générale.

La médecine générale (Département Universitaire de Médecine Générale, Centre Universitaire de Médecine Générale, Centre Académique de Médecine Générale) dispose de moyens trop réduits au sein des facultés de médecine, il n'existe qu'une poignée d'enseignants à temps partiel face à une théorie de chaires de spécialités et de sous-spécialités. Cette faiblesse a une origine connue : le développement des spécialités à partir du tronc commun qui ont dénervé celui-ci au profit des branches latérales et dans le prestige et les enjeux économiques de la médecine technologique (complexe médico-industriel).

Un paradoxe : les médecins hospitaliers qui apprennent leur métier aux généralistes travaillent en

équipe pluridisciplinaire au sein des services hospitaliers et ils fabriquent des médecins généralistes solistes.

Alors que la médecine générale repose sur les quatre piliers de Monique Vandormael<sup>3</sup> au croisement des couples individuel/collectif et objectiviste/subjectif, la formation est trop orientée vers le traitement individuel d'abord somatique et subsidiairement psychologique.

	individuel	collectif
Objectiviste	Bio-médecine	Santé publique
Subjectif	Psychologie/psychiatrie	Ethnosociologie

La formation dans les disciplines contextuelles est insuffisante ou absente : santé publique, promotion de la santé, sociologie de la santé, anthropologie de la santé, économie de la santé, bioéthique, philosophie de la santé, épistémologie, sciences cognitives...

La complémentarité entre médecine de première ligne et médecine spécialisée n'est pas bien développée au sein des facultés. Le modèle réel reste à la concurrence entre les deux lignes de soins. Comme le disait un chirurgien haut responsable syndical, la Sécurité sociale est une prairie où chacun prélève suivant la longueur de sa langue. Il est urgent de sortir de ce modèle pour harmoniser les différentes disciplines.

### Quelques données sur la structure et l'évolution de la profession dont il faut tenir compte pour une réforme

Les études médicales sont avant tout des études professionnelles et le cœur de la pratique médicale, c'est la clinique. La clinique représente un service direct au patient et les aspects relationnels sont essentiels : qui a de l'aversion ou du mépris pour ses semblables ne doit pas s'engager dans ce métier.

Par ailleurs, la clinique est un métier exigeant. Elle peut user les nerfs des praticiens. Le modèle idéal du clinicien à temps plein, scientifique rigoureux pétri d'EBM (médecine fondée sur des preuves) est-il tenable ? Le clinicien confidant, plein de sollicitude, qui s'identifie à son patient en recherchant avec celui-ci la meilleure piste de santé possible est-il tenable de concert ? L'examen clinique lui aussi doit bénéficier de l'apport EBM, la séméiologie reste une discipline centrale pour le futur praticien amené à diagnostiquer à domicile avec peu de moyens. En aucun cas, la diversification des savoirs nécessaires au médecin généraliste ne doit aliéner ses compétences dans le diagnostic et le traitement. Au contraire, l'informatique lui donne(-ra) accès à des informations pertinentes qui

accroîtront ses capacités et amélioreront la qualité des soins (reminders, aide à la décision médicale, etc.).

Si la clinique nécessite de la sollicitude et de l'attention, la gestion des examens para-cliniques nécessite surtout la connaissance et la compréhension d'un diagnostic probabiliste.

La médecine générale est probablement un métier à pratiquer à dose modérée, il faut garder des espaces de respiration, d'échappée mentale. La première ligne doit se réformer au moins en partie, sur le modèle du service hospitalier. La médecine soliste a vécu. Les jeunes praticiens n'en veulent plus. Seuls survivront les groupes mono disciplinaires ou, mieux encore, pluridisciplinaires. Il faudra en tenir compte dans l'organisation des cours des futurs médecins généralistes, mais aussi pour les professions connexes.

### Quelques pistes de solutions

Les soignants doivent répondre aux besoins d'humanité des patients, besoins d'autant plus élevés que la pathologie génère une régression et des demandes de maternage. Ces besoins sont d'autant plus grands que le monde devient plus fou et que le productivisme forcené ramène les citoyens au rang d'outils jetables.

La première année, plutôt que d'être une épreuve de sélection sur les seules sciences dures, pourrait se réorienter vers une approche compassionnelle du métier. De ce point de vue, on peut ressortir la très bonne idée des stages sociaux qui permettraient à de futurs ingénieurs d'aborder la condition ouvrière par en bas. À de futur médecins de connaître le dur travail des aides soignantes à l'hôpital ou au domicile. Si une sélection est nécessaire, elle pourra (au moins partiellement) s'effectuer sur des critères d'humanité plutôt que sur la seule habileté intellectuelle.

- Construire la pratique pluridisciplinaire de première ligne (en tous cas).
- Un tronc commun (au moins partiel), avec d'autres professionnels de santé (on peut prendre l'exemple des étudiants en santé publique qui ont en commun des cours d'économie de la santé avec les économistes).
- L'organisation de stages pluridisciplinaires collectifs (avec le même groupe qui suit les travaux dirigés).
- Des travaux dirigés en commun avec d'autres disciplines complémentaires (kiné, infirmière, psy et travailleurs sociaux, etc.). Cette co-formation doit se poursuivre tout au long du cursus.
- Une meilleure connaissance réciproque des futurs généralistes et spécialistes. On s'interroge toujours sur la faible qualité des relations entre médecins généralistes et médecins spécialistes,

.../...

.../...

- cette mauvaise relation est le fruit d'une relation fortement inégalitaire, cette inégalité est multi-dimensionnelle.
- Durée des études (différence parfois modeste pour les « petites » spécialités).
  - Prestige : le médecin de la télévision est le plus souvent dépositaire de la médecine héroïque : chirurgien, réanimateur, etc.
  - Revenus : Une étude récente de l'OCDE montre que, partout, les spécialistes sont mieux payés que les généralistes, le ratio des moyennes de rémunération varie entre 1,1 (la Suisse) et 2,4 (les Pays-Bas) <sup>4</sup>. On trouve la même observation dans l'article de l'institut néerlandais de recherche en soins de santé, le NIVEL <sup>5</sup>. Ces deux études situent les revenus des médecins généralistes belges dans les bas-fonds.
  - Infrastructure de travail : la comparaison entre le porte-avion hospitalier et la felouque du généraliste soliste ne peut faire illusion. Tandis qu'une armada de torpilleurs (centres de santé de première ligne) est en mesure de proposer une riposte efficace.

L'éducation ne peut corriger qu'une petite partie du problème. Mais il va de soi que les cours de médecins généralistes aux futurs médecins spécialistes sont aussi indispensables que les cours de spécialités aux médecins généralistes. La suppression de la 7<sup>e</sup> année qui permettait en partie cette approche risque d'aggraver les choses, il est nécessaire de redescendre les cours de médecine générale plus tôt dans le cursus. Il faut de plus étendre les cours de médecine générale ; pour cela, il faut fortement élargir le cadre enseignant en médecine générale. Actuellement à l'Université Catholique de Louvain, tous les cours peuvent être donnés conjointement par un médecin spécialiste et un médecin généraliste, mais ceux-ci, trop rares dans le corps enseignants, ne peuvent suffire à la tâche. Il s'agit là encore d'un faux-semblant.

Peut-être, à plus long terme, peut-on envisager des travaux dirigés trans-muraux sur la construction de trajets de soins équilibrés pour des pathologies spécifiques où les deux lignes sont indispensables. Une construction sur une base strictement fonctionnelle (qui est le mieux à même de remplir quelle tâche ?), il n'est même pas exclu d'envisager la participation d'autres professions des deux lignes à l'établissement de tels protocoles trans-muraux. Ce type de travaux permettra de générer une nouvelle culture médicale centrée sur la coopération et non sur la concurrence entre les deux lignes de soins.

### Une dilatation/complexification de la médecine générale

La médecine générale, qui voit près de 80 % de la population chaque année, et près de 100 % des plus de 65 ans, est une discipline qui peut être le pivot d'un observatoire de la santé.

La médecine générale dans la structuration actuelle des facultés est une discipline au rabais. Elle apparaît, erronément, comme la somme de spécialités mais peu approfondies, alors qu'elle présente des spécificités puissantes qui manquent souvent cruellement aux spécialistes. Ces spécificités sont le suivi longitudinal (continuité), la globalité (tous les problèmes), l'intégration (toutes les actions), l'accessibilité (tous les types de patients sans restrictions économiques ou culturelles). Ce que le médecin généraliste apprend par cet aspect universel de son action est un savoir précieux, qu'il peut transmettre aux futurs spécialistes ; un savoir qui leur permettra de prévenir certains

**« La médecine générale dans la structuration actuelle des facultés est une discipline au rabais. »**

paradoxes cuisants du genre : le malade est mort guéri... Ceci est une justification puissante d'un enseignement réciproque (MG <-> MS) et non unilatéral (MS -> MG). La médecine générale, outre le rapprochement avec les autres disciplines de la première ligne dans le cadre du cursus et de la recherche, doit aussi se rapprocher des écoles de

santé publique. Précisément parce que l'épidémiologie, comme la prévention, trouve un meilleur terrain en première ligne qu'en seconde. L'alliance entre la première ligne et la santé publique permettra à ces petits Poucets facultaires d'améliorer leur visibilité et leur crédibilité.

Par ailleurs, il faudra contractualiser, par exemple sous forme d'un groupe transdisciplinaire d'étude de la première ligne (dans chaque université ou en interuniversitaire), la collaboration entre les Départements Universitaires de Médecine Générale orientés vers l'activité clinique et le terrain, les écoles de santé publiques orientées vers l'étude des agrégats sanitaires. Ils devront étudier les déterminants de ceux-ci et les méthodes de changement. Enfin, on devra intégrer et étendre les disciplines contextuelles : sociologie de la santé, anthropologie de la santé, économie de la santé, bioéthique, philosophie de la santé, épistémologie, sciences cognitives, etc. Ces outils donneront plus de poids aux différents intervenants en faculté et en inter-facultaire, plus en tous cas que la simple addition de leur impuissance.

Au total, si la médecine générale soliste ne fait plus le poids face aux grandes structures hospitalières, elle peut gagner la bataille de sa dignité et donc de sa survie par une extension horizontale (toute la première ligne en équipe pluri professionnelle)

et verticale (avec la santé publique, la sociologie de la santé, l'économie de la santé, l'anthropologie de la santé, etc.). ■



1. Lise Thiry, Professeur honoraire de Virologie, Université Libre de Bruxelles, GERM, « Pour une politique de la santé », *La revue nouvelle* 10. 1-10-1971. 1-10-1971. Ref Type: Journal (Full).
2. Geerts Ch., Lorant V., & al. 2008, *Médecine générale : comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession ?* KCE reports 90B, KCE reports 90B.

3. Vandormael M. 1995, *Médecine générale et modernité. Regards croisés sur l'Occident et le Tiers Monde*. Thèse de doctorat en sciences sociales, Université Libre de Bruxelles, Faculté des Sciences Sociale, Politiques et Economiques.
4. Fugisawa R. & Lafortune G. 2008, "The remuneration of general practitioners and specialists in 14 oecd countries: what are the factors influencing variations across countries?", OECD HEALTH WORKING PAPERS N° 41, 41.
5. Kroneman, M. W., Van der, Z. J., & Groot, W. 2009, "Income development of General Practitioners in eight European countries from 1975 to 2005", *BMC.Health Serv.Res.*, vol. 9, p. 26.

## Synthèse des propositions

### Réforme de la première année de médecine

- Dans un parfait équilibre d'importance entre les disciplines scientifiques dures et les sciences humaines contextuelles.
- Amplification de stages sociaux, par exemple comme aide soignant dans les hôpitaux, les Maisons de Repos (et de Soins) ou au domicile des patients avec un encadrement de « praticiens humains ». Stages conclus par une évaluation qualifiante.

### Création d'une école de la santé

- Qui regroupe toutes les professions universitaires (et/ou études supérieures) connexes : médecins, kinés, infirmières, travailleurs sociaux, logo, etc., durée du cursus commun à déterminer, ainsi que stages communs, travaux pratiques/dirigés communs.
- Développement d'une culture du travail en équipe.

### Construction de soins trans-muraux équilibrés

- Autant de cours de médecine générale aux spécialistes que le contraire.

- Travaux dirigés communs aux futurs médecins généralistes et médecins spécialistes (comme d'autres professions) autour de pathologies chroniques : coordination et division du travail.
- Embauche d'un cadre enseignant substantiel en médecine générale (minimum quadruplement du cadre actuel -> objectif quasi-parité avec la médecine spécialiste).

**Intégration des disciplines connexes dans le cursus et construction de recherches communes (transdisciplinaires)** Santé publique, sociologie, psychologie, anthropologie, économie de la santé, bioéthique, philosophie, épistémologie, sciences cognitives.

### Création d'un institut (interuniversitaire par exemple) de la première ligne (comparable au NIVEL néerlandais (cf. plus haut))

Un tel institut regroupera des chercheurs et des praticiens des différentes disciplines pour leur offrir un poids et une visibilité et contribuer au développement de cette approche des soins de santé. ■

# Pour enseigner heureux, émancipons-nous !

**Si l'on doute de ses capacités à la sortie de la faculté, c'est parce que l'on n'a pas été formé à la complexité des situations rencontrées en médecine générale. C'est de cette complexité qu'elle est la spécialité, et pour l'enseigner, il faut sortir des livres et de l'hôpital.**

**Didier Ménard,** médecin généraliste On entend souvent dire que le métier commence à s'apprendre quand on commence à l'exercer. C'est souvent mis en avant pour l'exercice de la médecine générale.

Ceci me semble excessif, l'apprentissage tant théorique que pratique permet d'avoir suffisamment de connaissances pour s'engager dans la vie professionnelle. Mais d'où vient alors ce sentiment que l'on ne connaît pas son métier à la fin de sa formation ? Ce qui est déstabilisant, c'est le manque d'expérience qui nous fait douter, et qui dévalorise la connaissance acquise. Dévalorisation qui rend plus difficile le moment de faire les choix qui sont indispensables pour l'exercice de la médecine. Alors, suffirait-il d'attendre que la quantité adéquate d'expériences

soit engrangée pour se dire que l'exercice du métier est maîtrisé ? Ce n'est peut être pas faux, en tout cas ce n'est pas suffisant. Ce que nous apprend l'expérience en médecine générale (cela est vrai pour presque toutes les autres disciplines), c'est de mieux comprendre et appréhender la complexité de l'exercice professionnel. J'entends par complexité la nécessité de faire avec (de gérer) une multitude de paramètres qui interfèrent entre eux aussi bien dans la genèse de la maladie, dans la réalité du mauvais état de santé, et dans la définition et la mise en œuvre du projet thérapeutique partagé avec

la personne malade. Rien que cette définition mobilise de très nombreuses compétences. Le problème est que la formation initiale ne nous apporte pas assez de connaissances et de savoir-faire concernant une partie de ces paramètres qui, lorsqu'ils se présentent dans l'accompagnement de la personne malade, mettent le médecin en difficulté. Soit celui-ci essaie d'apprendre à faire avec ces paramètres et il lui faut alors acquérir des connaissances et des savoirs nouveaux, soit il refuse de s'engager dans cette voie et il réduit son champ d'action et par là-même réduit sa fonction professionnelle.

L'évolution actuelle de la médecine, la nature des maladies auxquelles nous devons faire face, la connaissance accessible à tous pousse le médecin généraliste à être celui qui doit faire avec toute cette complexité. S'il est spécialiste de quelque chose, c'est d'être spécialiste de cette complexité où la relation humaine devient dominante par opposition à la relation scientifique qui doit rester au service de cette humanité. Alors la formation des médecins généralistes ne peut pas se réduire à une formation scientifique encore plus intense et plus minutieuse. Cette formation scientifique doit être suffisante pour l'exercice du temps médical et elle ne doit pas empêcher l'apprentissage des autres connaissances, tout aussi indispensables. Je pense ici à la connaissance des procédures sociales, de la gestion des conflits affectifs, de l'implication de la culture d'origine dans le fait de se soigner... est-il plus utile aujourd'hui pour un médecin généraliste de connaître le cycle de Krebs ou l'implication de la parentalité dans la « mal bouffe » ? Le problème est qu'au CHU, on trouvera toujours quelqu'un pour enseigner le cycle de Krebs et qu'il sera plus difficile de trouver un enseignant pour parler de la relation parentale à la condition sociale, et à la « mal bouffe ». Pourtant, c'est bien la question de santé publique de l'obésité chez l'enfant qui est de plus en plus le problème du médecin généraliste.

Il semble enfin acquis (ce n'est pas faute d'avoir milité pour, mais restons méfiants) que le système de l'offre de soins doit se réformer pour faire face aux défis de santé qui sont aujourd'hui les nôtres, à savoir les maladies chroniques qui sont les plus mortelles et aussi les plus coûteuses. Il est tout aussi acquis, du moins en paroles, que le rôle du médecin généraliste est essentiel pour cette réforme de l'offre de soins, qui doit devenir une réforme de l'offre de santé, pour pouvoir aborder ces maladies chroniques dans toutes leurs dimensions, qui ne relèvent pas seulement de la biotechnologie. C'est donc une reconnaissance partagée que de penser qu'il faut former les médecins généralistes (et aussi les autres ?) à la « gestion » de la complexité. Il faut donc

« La formation des médecins généralistes ne peut pas se réduire à une formation scientifique encore plus intense et plus minutieuse. »

faire entrer, dans les programmes de formations initiales et continues, les matières nouvelles comme les inégalités sociales de santé, puisqu'elle génèrent des pathologies et en aggravent d'autres, il faut apprendre à construire une réflexion critique dans l'information concernant les médicaments, il faut augmenter la formation éthique pour mieux préparer le médecin généraliste à assumer son rôle face à la mort, il faut mieux enseigner l'histoire de la protection sociale en France et dans le monde pour mieux comprendre comment et pourquoi on nous honore (on nous rémunère), il faut mieux enseigner l'économie pour éviter de trop nous faire prendre des vessies pour des lanternes en nous faisant croire que le coût des soins rime obligatoirement avec qualité des soins... Il faut donc ouvrir l'enseignement de la médecine générale aux sociologues, aux philosophes, aux anthropologues, aux économistes... non pas pour augmenter un savoir universitaire académique, mais pour tenter de mieux comprendre la complexité, et de savoir que lorsque une consultation commence par « Je suis fatigué, docteur », ce n'est pas uniquement la

connaissance scientifique qui permettra de trouver la solution.

Faut-il alors changer de modèle de l'enseignement de la médecine, pour créer un enseignement encore plus spécifique de la médecine générale à haute valeur ajoutée, pour ne pas le dévaloriser vis-à-vis du « noble » enseignement des autres spécialités médicales ? La question est posée. Elle est indissociable de la reconnaissance sociale et économique de la médecine générale. La société fixe aux médecins généralistes des nouvelles missions de santé publique, de prévention d'éducation thérapeutique, ceci est une bonne chose. Cela requiert de nouvelles compétences et nouvelles connaissances, nouveaux savoir-faire, une nouvelle organisation de l'offre de santé. Il faut alors que l'enseignement de la médecine générale s'émancipe de l'enseignement de la médecine au CHU, pour acquérir les nouvelles compétences qui lui seront utiles et nécessaires pour qu'en définitif, l'exercice de la médecine générale reste un « Art » au service de l'Homme. ■

### Mobilisation Etudiante pour le Développement d'une Solidarité Internationale

L'association MEDSI, Mobilisation Etudiante pour le Développement d'une Solidarité Internationale, a été fondée en 2008. Elle rassemble les associations de solidarité locale et internationale d'étudiants en santé.

Initialement, l'objectif de MEDSI était d'aider et d'accompagner les étudiants qui s'investissaient dans des projets de solidarité internationale. Mais très vite, des réflexions et remises en question en cascade ont surgi : quelle légitimité pour nous d'aller aider là-bas ? De quels clichés sommes-nous porteurs ? Quelle est la pertinence de l'humanitaire et du développement ? Ne sommes nous pas en train de donner un consentement tacite à des problèmes géopolitiques extrêmement graves (Françafrique, relations de domination Nord-Sud) ?

Cela nous a amené à interroger notre modèle de développement en se tournant vers nos sociétés, pour remettre en question notre organisation sociale, économique et politique, nos valeurs et notre mode de fonctionnement en tant qu'individus. Pour arriver à la conclusion qu'à la Solidarité Internationale nous préférons la Citoyenneté internationale, qui nous permettait, par la pleine conscience des enjeux et des problématiques de notre monde, de questionner et changer nos modes de comportement et nos environnements rapprochés, seules choses que nous nous sentions légitimes de faire. Les mots « politique », « militantisme » ont progressivement fait leur place dans notre vocabulaire.

Ces évolutions extrêmement importantes dans la vie de ceux qui les ont vécues n'auraient sans doute pas eu la même ampleur sans les méthodes d'éducation populaire que nous avons utilisées : elles nous ont permis à la fois l'élaboration, la production de savoir, la création de collectif, le travail de nos représentations, par l'animation et le jeu qui favorisent une remise en question puissante en permettant de se décentrer.

Une fois l'esprit critique réveillé, il ne s'arrête pas aussi facilement que cela. Ainsi MEDSI a décidé de s'orienter vers une réflexion sur la santé, notamment avec un premier congrès national sur l'accès aux soins, qui a permis une démarche d'analyse des liens entre santé et société, et de questionnement sur notre place dans ce système de santé.

MEDSI se veut être actuellement une organisation d'étudiants futurs professionnels de santé, agissant pour la réflexion des étudiants sur de grandes questions de société à travers le prisme de la santé, avec pour objectif un engagement politique et militant des étudiants. ■

# MEDSI : une expérience citoyenne

**L'accès aux soins en France : un enjeu de solidarité ? Ou comment une poignée d'étudiants ont décidé de sortir du chemin doré qui s'offre à eux pour réfléchir ensemble sur la société qui les entoure.**

**Zoéline Calet Froissard,**  
étudiante en médecine

Ils ont pris du temps pour se poser des questions. Ces questions qui dérangent, qui interpellent, qui vous titillent sans que vous sachiez pourquoi... celles que nous préférons au sein de MEDSI.

## **Vous avez dit MEDSI... c'est quoi ?**

Vaste question qui interroge chaque année ses membres, nouveaux ou anciens, et un interminable débat qui repart ! Pour faire simplement : MEDSI est une association étudiante, un réseau national qui rassemble les associations étudiantes investies en solidarité locale et internationale. J'ai trouvé à MEDSI exactement ce qu'inconsciemment j'étais venue y chercher. Je n'avais alors peut-être pas mis ces mots, mais d'autres m'ont aidé : un lieu, un espace de paroles et de réflexions, d'échanges et de constructions, de partages d'expériences, mais aussi de transition... On y rentre, on la traverse et on finit par en sortir, tel un formidable tremplin. Ça prend plus ou moins de temps, de la même manière que nous n'allons pas tous à la même profondeur, ni sur les mêmes chemins. On y découvre beaucoup sur soi, sur les autres, sur la société. On y parle de questions politiques, d'engagements militants et de révolutions à venir. On s'interroge sur le fonctionnement collectif et démocratique et sur la place de l'individu. On réfléchit et surtout on se réfléchit pour mieux comprendre l'autre. J'avais vite compris en arrivant en médecine que personne ne me permettrait de formuler ni de poser ces questions. Pourquoi cette persistante et désolante pauvreté de sens dans notre cursus universitaire ? Restait donc à trouver un autre chemin pour me les poser. Ce fut MEDSI

## **Des étudiants qui sortent du chemin doré...**

Pourquoi réfléchir sur l'accès aux soins ? Question lancée par un des mes costagiaires qui semblait ne pas bien comprendre cette envie de questionnement sur nos études, notre profession et notre société, l'emploi du temps de l'externe modèle déjà bien rempli par des cours obligatoires à la faculté tous

les après-midis, des stages astreignants tous les matins au CHU et des conférences en soirée pour préparer l'internement... non l'internat. Alors prendre du temps pour réfléchir en plus, quelle idée farfelue !

Armés de motivations et d'interrogations, un petit groupe d'externes marseillais était sur pied pour se pencher sur l'accès aux soins des migrants et des sans papiers. En même temps, fleurissaient aux quatre coins de la France de nombreux groupes de réflexion qui allaient, eux aussi, interroger l'une des thématiques proposées : l'accès aux soins en psychiatrie, en prison, auprès de personnes en précarité ou migrantes, réfléchir sur l'idéologie de la santé publique ou bien encore explorer la notion de dépendance et de handicap.

Tous animés par la même envie d'apprendre et comprendre. Un nouvel apprentissage, intelligent, qui vous fait réfléchir des heures et qui, une fois commencé, se perpétue toute la vie car sans cesse alimenté par de nouvelles questions. Un apprentissage pour concevoir une démarche de réflexion, de recherche et de rencontre. Nous sentions tous la rareté de cette occasion : trois mois pour réfléchir collectivement sur une thématique, en apparence nouvelle, aller à la rencontre d'acteurs du système de santé et partager expériences et interrogations. Nous étions en train de construire une multitude de petits espaces de parole et de rencontre, si rare aujourd'hui. Un espace qui nous a renvoyé sans cesse nos interrogations, qui nous a fait avancer et nous a construits. Un espace où nous avons réfléchi et questionné notre formation, notre profession et notre société pour mieux les comprendre et s'y inscrire en tant que véritables acteurs. Un espace dans lequel chaque groupe a produit un travail d'écriture collectif retraçant son cheminement et argumentant ses positionnements.

## **Au bout de trois mois de réflexions intenses... le congrès Solidar'Soin !**

A Lyon, en avril, nous avons pu rencontrer d'autres étudiants, faisant partie d'un groupe ou non, mais

aussi (et surtout) ces acteurs de santé que nous rencontrons très peu pendant notre formation, porteurs d'expériences et imagineurs de solutions alternatives. Ouvrant nos yeux émerveillés devant ce nouvel angle de vue sur le système de santé, ce fut un véritable échange de questionnements et d'expériences, de positionnements et d'argumentations qui s'offrait devant nous. A travers une réflexion très dense, nous percevions la construction et les combats pour une santé solidaire, et nous avons senti toute la pertinence de notre engagement pour entreprendre ces changements vitaux pour notre société. Un véritable espace de paroles citoyennes est né, utilisant l'éducation populaire comme mécanique, telle une fleur au bout du fusil. Nous nous sommes immergés avec enthousiasme et naïveté dans l'immense cercle de questionnements pour les articuler autour de plusieurs repères : les expériences vécues par chacun, l'apprentissage né de celles-ci et de leurs partages, l'identification des rapports de pouvoir existants et la construction d'actions collectives. Cette démarche, ouverte à tous, pose ses bases en partant de ce que chaque personne représente et des contradictions qu'elle apporte pour élaborer ensemble des cheminements dans une évolution à la fois personnelle et collective. Certes, cette expérience est imparfaite car éphémère. Il s'agit d'un engagement situationnel : des jeunes qui sont animés par l'envie de réfléchir collectivement sur un thème précis. Et ce collectif est bel et bien limité dans le temps... horizontal et peu institué. A nous de continuer sous une autre forme et de peut-être nous relier à des mouvements plus traditionnels : syndicats, mouvements associatifs, politiques, philosophiques... Des actions communes se dessinent à travers l'écriture, l'animation ou encore la formation de collectifs parmi les externes. De nombreux participants souhaitent poursuivre sur ce chemin et (re)prendre en main cette partie de leur formation que l'on ne nous enseigne pas.

### Pourquoi écrire ?

En premier lieu, pour témoigner, pour montrer que les étudiants ont envie de sortir de leur hibernation trop longtemps imposée. Qu'aurais-je appris de plus si je m'étais sagement mise dans le rang pour apprendre encore et encore mes items de l'interne ? J'ai compris que je voulais être un soignant qui s'interroge, sur soi, sur sa pratique et sur la société dans laquelle il s'inscrit. J'ai compris que je ne

voulais pas devenir, ai-je pour autant compris ce que je voulais devenir ? Bien sûr que non, mais j'y travaille.

Ce fut une expérience grâce à laquelle nous avons appris à nous écouter et à inscrire notre expérience dans une réflexion globale. Nous avons appris à sortir des sentiers battus pour explorer d'autres chemins. Nous avons pu exprimer ce que « Je » pensais, où « Je » a pu se positionner et exprimer ses propres contradictions. Une expérience pour comprendre que ce qui est « Autre » a toute sa place et que cette rencontre est enrichissante. Pour apprendre à s'interroger et agir en cohérence. Nous avons appris à dépasser le simple constat d'un problème pour tâtonner ensemble vers une solution, comprenant qu'elle n'est qu'une parmi d'autres possibles. Une expérience pour percevoir l'immense puissance que nous avions à plusieurs et dépasser l'impuissance d'un simple étudiant. Nous avons pu déconstruire notre formation de façon impertinente,

entraînant une joyeuse créativité critique de ce qu'elle devrait être. Nous avons compris qu'il fallait arrêter de dire « Quand je serai grand, je pourrai... » mais qu'il fallait dire « Quand je serai grand, j'aurai fait... ». Nous avons compris qu'au sein de la société, nous avons tous le même statut, celui de citoyen, et même si certaines responsabilités peuvent apparaître du fait d'une profession, nous en sommes chacun les acteurs au quotidien. Une expérience pour comprendre ce que d'autres sont en train de détruire. Où est passé ce si cher Hippocrate, sur lequel tous prêtèrent ou prêteront serment ? Pour apprendre ensemble à passer de moi individu – je marche parfois vite – à nous collectivement – nous avançons loin et longtemps.

Voilà toutes les raisons qui m'ont poussée à faire le récit de cette formidable expérience, de ce qu'elle m'a appris et l'analyse que j'en fais. C'est moi qui la raconte, cela aurait pu être quelqu'un d'autre, avec des mots différents. Elle est imparfaite et subjective. J'ai utilisé le « nous » tout au long du texte, car on n'agit jamais seul. Cet article est le fruit de longues discussions avec d'autres personnes, c'est pour cela que je peux dire « nous ». Ma première victoire, je ne suis plus seule. Quant à vous, lecteurs, n'êtes-vous que de simples consommateurs ? Ou bien chercherez-vous à comprendre, analyser ce récit et exercer un œil critique ? ■

**« Un véritable espace de paroles citoyennes est né, utilisant l'éducation populaire comme mécanique, telle une fleur au bout du fusil. »**



# L'utopie du compagnonnage

§ Psychanalyse  
 § Formation initiale, Formation continue  
 § Transmission, transgénérationnelle  
 § Hiérarchie, Rapports médecins infirmières  
 § Accueil, ouverture, disponibilité  
 § Subjectivité

## Remarques sur les ressorts du compagnonnage.

Le mot de compagnonnage est volontiers utilisé lorsqu'on parle de formation et de transmission dans des domaines où entraînement et acte « en vrai » ne sont pas interchangeables, c'est notamment le cas du soin.

La connotation souvent passéiste teintée de nostalgie confère à ce terme une sorte d'auréole et le pouvoir quasi magique de résoudre de nombreuses questions posées par la formation.

Ayant travaillé dans un lieu où la notion de compagnonnage était posée comme un outil thérapeutique, voici quelques réflexions.

À sa fondation, ce lieu a eu pour objectif d'accueillir des jeunes en grande difficulté et qui ne trouvaient pas de place convenable pour eux ou du moins aux yeux de leurs parents dans des structures existantes. Il a été posé d'emblée que le fait de pouvoir vivre (au sens plein du terme) avec ces jeunes était la démarche la plus pertinente, impliquant que les échanges sur les expériences vécues soient partie intégrante du travail de l'équipe.

Avant reconnaissance et agrément, le fonctionnement a entièrement reposé sur une équipe de bénévoles, étudiants ou professionnels ayant envie de participer à cette aventure. Un couple d'éducateurs était rémunéré par les dons des parents ou de personnes souhaitant soutenir cette expérience. La singularité de ce fonctionnement, qui a duré plusieurs années, a imprimé des marques profondes dans les modalités de travail de l'équipe. L'accueil et le travail avec les stagiaires ont toujours été considérés comme un des éléments essentiels du dispositif de soin, d'où la possibilité de participer à toutes les activités, l'existence de multiples rencontres formelles et informelles avec les membres salariés de l'équipe et aussi, en fonction des situations, l'accompagnement de jeunes dans diverses activités.

Dans les temps d'échange, l'élaboration se faisait à partir de ce qui avait été éprouvé par la personne rapportant une scène et des échos suscités chez tous les autres participants dans des situations comparables. Cela impliquait une liberté de la parole rapportant l'expérience de chacun et

où au-delà des statuts (éducateur, psychiatre, psychologue ou stagiaire), les questions tournaient autour des rôles et fonctions des uns et des autres dans la situation évoquée. Ces moments constituaient des temps cliniques et des repères essentiels dans l'accompagnement des jeunes. À plusieurs reprises au cours des ces rencontres m'est venue en tête une phrase d'un maître de musique indienne à un de ses disciples : « *You are a young student and I am an old student* » (Vous êtes un jeune étudiant et je suis un vieil étudiant), situant bien la tonalité des échanges.

Les stagiaires accompagnaient souvent des jeunes dans des stages (appelés : travail à l'extérieur) dont la visée n'était pas une formation professionnelle, mais de donner la possibilité que les mains produisent autre chose que des symptômes dans un milieu où les relations étaient médiatisées par une tâche à faire. Cela permettait aussi au jeune de constater que son accompagnant pouvait supporter de passer du rôle d'adulte faisant partie de l'équipe dans le lieu de soin à celui de quasi semblable sur le lieu du travail à l'extérieur.

Mais il y eut des situations où, du fait d'un changement de l'adulte accompagnateur, c'était le jeune qui connaissait le mieux le trajet et les tâches à effectuer et devenait quasiment accompagnant. Ces situations parfois jubilatoires, à la condition que l'adulte supporte l'inversion des rôles, ont toujours constitué des jalons importants.

S'il existe dans le compagnonnage une dissymétrie certaine dans les positions de celui qui a un certain savoir et celui qui apprend, l'expérience montre que ce qui opère n'est pas fondé sur le pouvoir de l'un sur l'autre, mais dans un engagement partagé dans une tâche et une égalité dans la parole. Ce sont ces moments éphémères, mais riches, où est mise entre parenthèse une hiérarchie basée sur le pouvoir qui fait apparaître le compagnonnage comme une utopie féconde. C'est là renouer avec l'étymologie : le compagnon est celui avec qui on partage le pain. ■

« Le fonctionnement a entièrement reposé sur une équipe de bénévoles, étudiants ou professionnels ayant envie de participer à cette aventure. »

**Chandra Covindassamy,**  
psychiatre

# Une école du soin imaginaire

**Un rêve collectif, avec tous ceux qui ont un jour remis en question le système dans lequel ils évoluaient. Et si on imaginait notre école du soin ?**

**Jessica Guibert,** ancienne externe, nouvelle interne en médecine générale

Je rêve... d'une école où tous ceux qui le voudraient pourraient rentrer, car dans le soin toutes les bonnes volontés peuvent trouver une place.

... d'une école rassemblant toutes les professions du soin pour favoriser le partage et la coopération, apprendre à travailler en équipe, rencontrer mes futurs co-soignants et comprendre leur cheminement et leur construction.

... d'une école forte de la diversité des origines sociales et culturelles de ses étudiants.

... d'un enseignement qui ne partirait pas d'une prétendue connaissance scientifique, mais de notre vécu, à toi et à moi, de la maladie, de la mort.

... d'un travail individuel et de groupe qui m'aiderait à savoir pourquoi je suis là, pourquoi je veux soigner, quel médecin j'ai réellement envie d'être.

... de connaissances basées non pas sur des sciences fondamentales non problématisées, mais sur la pratique, l'expérience, des cas de patients réels, qui me feraient comprendre l'intérêt de ce que j'apprends.

... d'un apprentissage non pas par répétition d'un savoir tout fait dispensé par le grand professeur-chercheur, mais par initiative de recherche et de questionnement personnels, avec un partage et une évaluation en groupe, afin d'avancer collectivement plutôt qu'en concurrence.

... d'un savoir médical qui ne consisterait pas seulement en la prescription de médicaments, mais qui m'initierait à l'écoute, à l'accompagnement, aux organisations du travail, aux techniques de relaxation, aux plantes, aux grands enjeux de l'alimentation, de l'agriculture et de la protection sociale, à la création et l'imagination continues de nouveaux outils utiles aux malades, car tout cela fait partie du soin.

... d'un savoir non pas absolu, mais questionnable.

... d'un enseignement indépendant, notamment de l'industrie pharmaceutique.

... que les patients soient mes professeurs. Et aussi tous mes futurs collègues dits « paramédicaux », vous qui savez bien mieux que tous les grands professeurs du monde ce qu'est le soin.

... d'un accompagnement individuel et collectif avant, pendant et après mes rencontres avec les patients, afin de construire ma subjectivité de soignant et de tenter de comprendre les enjeux relationnels et humains de ces rencontres.

... de temps... pour moi : lire, réfléchir, mais aussi rester ouvert, aller au cinéma, voir ses amis, bref rester un être social en capacité de dialoguer avec des non-médecins... mais aussi du temps pour mes professeurs ; tellement nécessaire pour être apaisé, ouvert, tolérant, leur permettre de réfléchir et de se situer consciemment en position d'accompagnateur des étudiants.

... d'un enseignement de la médecine non pas saupoudrée de sciences humaines, mais comme une science humaine subjective et complexe.

... d'outils pour me permettre une mise en perspective historique, idéologique, philosophique, sociologique, culturelle de la médecine que l'on m'enseigne.

... d'un enseignement du soin non pas en marge, dans des lieux d'enfermement, hyper techniques et spécialisés, au dessus des lois et règles morales, mais au cœur de la société.

... d'un savoir scientifique nécessaire, certes, mais pas totalitaire ; relativisé, remis à sa place, comme un simple éclairage de la complexité de la vie et de la maladie.

... qu'on m'enseigne un soin social, humble, convivial, artistique, démocratique ; qui ne soit pas le prétexte à l'exercice d'un pouvoir, mais qui ait pour unique vocation d'être partagé.

... qu'on me fasse connaître et aimer l'écriture pour susciter mon questionnement et me permettre de témoigner.

... qu'on m'enseigne ma place et ma responsabilité en tant que citoyen dans une société et face à des choix économiques, politiques et sociaux qui nous rendent malades ; d'une réflexion sur ma responsabilité en tant que soignant : est-il cohérent de soigner sans au moins s'interroger sur ces choix ?

... de méthodes pédagogiques réfléchies collectivement, structurées et souples, pouvant être mises en question à tout moment.

... qu'on m'apprenne non pas une médecine simplificatrice, des classifications et des cases, mais une vision du soin qui m'aiderait à appréhender la complexité de la réalité.

... d'esprit critique encore et encore... mais aussi de militantisme, d'ardeur, d'émotion, d'amour... pour contrebalancer la raison toute-puissante.

### **Propositions concrètes et volontairement provocatrices de réforme des études de médecine**

à l'usage des professeurs, universitaires, politiques, experts, scientifiques et autres décideurs...

– Séparer les études menant aux métiers du soin, à savoir toutes les professions paramédicales ainsi que la médecine générale et quelques spécialités assez larges, des études menant aux métiers de technique médicale : chirurgie, médecine spécialisée, réanimation, etc. Ce sont deux types de métiers différents, n'intéressant pas les mêmes personnes, et n'ayant pas les mêmes finalités. Nous ne parlerons ici que des premiers.

– Payer les étudiants en médecine avec un salaire minimum. Cette mesure pourra permettre de faciliter l'accès aux études de médecine pour les étudiants défavorisés.

– En contrepartie de ce salaire, supprimer la liberté d'installation, supprimer les dépassements d'honoraires et limiter les salaires des médecins. Ces mesures, en rendant la médecine moins attractive et en rendant le métier de médecin moins prestigieux et moins valorisé, peuvent permettre de limiter le nombre de postulants à l'entrée en médecine et donc les modalités de sélection actuelles.

– S'il doit y avoir une sélection, qu'elle permette au moins d'assumer et de mettre en débat ses propres faiblesses, sans se vouloir égalitariste et objective. Une sélection par entretien et mise en situation, avec une constitution de jurys variés, et une réflexion indispensable sur les critères de sélection, peuvent permettre une sélection acceptable, en limitant les cooptations, et en évitant la destruction psychologique de nombre d'étudiants.

– Assurer une adéquation régionale entre les médecins formés dès la première année et les besoins médicaux de la région, pour apporter une réponse partielle aux problématiques de démographie médicale, la plupart des étudiants en médecine souhaitant rester dans leur région d'origine (éviter de former le tiers des étudiants de France à Paris, comme c'est le cas actuellement).

– Les lieux d'apprentissage du soin ne peuvent être les CHU : ce ne sont pas des lieux de soin, mais bien de technique médicale. De nouveaux lieux de soin et d'enseignement doivent être créés ; les maisons de santé pluriprofessionnelles semblent pouvoir être ces lieux-là. Le concept mérite donc d'être travaillé, développé, financé, institué pour

pouvoir jouer ce rôle clé d'apprentissage du soin au cœur de la société.

– Limiter les possibilités de carrière médicale universitaire : le choix des professeurs pourrait se faire sur des critères pédagogiques, par les étudiants, pour une durée limitée. L'enseignement du soin ne doit pas être un enjeu de pouvoir.

– Mettre en place les conditions d'une révision complète de la pédagogie de l'enseignement du soin. Plusieurs pistes doivent être utilisées pour cela : inciter à la réalisation de travaux de recherche sur ce thème, créer des lieux de débat démocratique, de réflexion et de négociation, ouverts à tous, pour définir ce que nous attendons des soignants et donc les modalités d'apprentissage pour qu'ils soient en mesure de répondre à ces attentes.

– Renouveler complètement les méthodes pédagogiques : création de groupes d'étudiants accompagnés par un professionnel du soin tout le long de leurs études, permettant un apprentissage collectif par problèmes autour de cas concrets, incitation à la recherche personnelle, à la curiosité, la réflexion et l'ouverture d'esprit ; utilisation de l'éducation populaire à la fois comme méthode de débat, de création de collectifs, de production de savoir ; redéfinition des modalités d'accompagnement de l'étudiant lorsqu'il est en contact avec le patient : compagnonnage, supervision ; mise en place d'une réflexion sur les modalités et le contenu de l'évaluation des étudiants, en faisant en sorte qu'elle soit constructive.

– Redéfinir le contenu de l'enseignement : partir de l'expérience subjective des étudiants de la maladie (« Mon grand-père a la maladie d'Alzheimer, si on en parlait aujourd'hui ? A quoi ça ressemble pour toi ? Et pour lui ? »), travailler avec eux sur leurs motivations pour le soin, leurs représentations, leurs objectifs, partir de la pratique et de la maladie concrète pour problématiser des disciplines plus fondamentales ; enseigner des notions d'économie, de philosophie, d'histoire, de sociologie, de psychologie comme faisant partie intégrante du soin.

– Remettre le patient et donc le citoyen au cœur de l'enseignement du soin : qu'il soit à la fois professeur (patients volontaires pour parler de leur maladie, pour une simulation d'examen clinique) et acteur de l'enseignement (en permettant aux étudiants en médecine de le côtoyer dès le début des études).

– Favoriser la diversité des enseignants, des cours, des étudiants côtoyés, des méthodes.

Comment changer des choses concrètement en restant fidèle à son idéal ? Réformisme ou révolution ? Faire des concessions sans perdre de vue son utopie... Militer sans cesser de penser... Rester humble et tolérant tout en se révoltant... A nous de jouer. ■

Devant l'intérêt suscité par ce dossier, les articles suivants n'ont pu trouver leur place dans la revue. Nous les mettons à votre disposition sur le site : [www.pratiques.fr](http://www.pratiques.fr) à la suite de l'annonce de la parution du numéro.

**Jessica Guibert**, nouvelle interne en médecine générale

### Le drame de l'Examen National Classant

Fermez les yeux, et imaginez...

Le concours. Seulement quelques heures qui vont décider de vos dix prochaines années, voire de votre vie. [...] Vous arrivez dans la salle d'examen. [...] 2 000 tables et chaises alignées par blocs de 400, on se croirait dans un jeu vidéo, ou dans le rêve délirant d'un architecte fou. [...] C'est là qu'à la fin de la quatrième et dernière épreuve, un drame terrible se produit : pour quelques fautes d'orthographe dans le sujet, annulation de l'épreuve. ■

**Benjamin Cohadon**

### Lettre au système de santé français

Tous ceux [qui ont décidé de ne pas finir le cursus médical], tu devrais les écouter attentivement parce qu'en réunissant leurs arguments, tu aurais déjà la possibilité de remédier à un certain nombre des aberrations qui jonchent notre formation.

[...] Je voudrais juste t'expliquer pourquoi l'être subjectif qui écrit ces quelques lignes a décidé de rompre avec toi après six ans de bons et loyaux services, et cela tient en une phrase : J'en veux pas de Ta médecine ! ■

**Alexandre Bonnabel**, animateur d'éducation populaire

### Education Populaire et Etudes Médicales...

Pourquoi s'intéresser à l'éducation populaire lorsque nous parlons d'études médicales ? La réponse est une question : les études médicales, et l'exercice médical auquel elles conduisent, brillent-ils par leur bel esprit démocratique ?... Ma réponse, partielle et partielle, est évidemment : non.

Qu'en est-il enfin de la rencontre entre les étudiants et les personnes qu'ils soigneront un jour ? [...] Et les citoyens au nom desquels et avec l'argent desquels ils réaliseront leurs soins ? ■

**Martine Lalande**, médecin généraliste

### Apprendre par les pairs

La formation par les pairs par l'intermédiaire des patients, c'est précieux [...] Aujourd'hui je suis allée, [...] rendre visite à un de mes patients [...] Deux médecins, deux façons de communiquer. L'une fait la leçon, et je me sens comme quand, externe à l'hôpital, j'étais abandonnée par le chef de clinique à mon « non-savoir-tout-prêt ». L'autre explique, sait que l'on ne peut pas tout savoir, a envie de faire comprendre. ■

**Delphine Neumann**, étudiante en médecine

### S'interroger sur la précarité

La précarité avec tout ce que cela sous-entend : accès aux soins, pauvreté, immigration, déboire administratif... est un bien vaste sujet, rempli à l'heure actuelle de beaucoup plus de questions que de réponses. Lors des études de médecine, ce sujet pourtant primordial est par la force des choses mis à part et noyé au milieu des autres connaissances à acquérir. ■

**Jean-Louis Gross**, médecin généraliste

### Compagnonnage

Entre passion de partager le savoir et élitisme, entre enseignant et enseigné, les lignes de partage peuvent sortir des conventions universitaires. Il s'agit là d'un témoignage sur l'émotion dans l'apprentissage au cours des formations continues des Compagnons du Devoir. La manière d'enseigner interagit ici sur la conception de la vie et du travail... ■

**Jean-François Huez**, professeur de médecine générale à la faculté de médecine d'Angers, propos recueillis par **Sylvie Cognard**

### Le tutorat

La fonction de tuteur des internes de médecine générale a idéalement pour but d'accompagner l'étudiant, de l'aider à développer une pratique réflexive et à construire son expertise et son identité professionnelle. De « tuteur-compagnon », la fonction a évolué vers le « tuteur-formateur ». Les travaux sont centrés sur des situations cliniques complexes, réellement vécues par l'interne qui sont consignées dans un portfolio. ■

**Anne Perraut Soliveres**, cadre supérieur infirmier à la retraite, praticien-chercheur

### L'infirmière et le docteur

Dans nos hôpitaux particulièrement hiérarchisés, ce sont théoriquement les médecins qui forment les infirmières, pas l'inverse. Pourtant, dès mes débuts à l'école d'infirmières, à une époque où les étudiants en médecine ne recevaient aucune formation pratique, je partageais déjà le peu que je savais des gestes invasifs et, en particulier, leur enseignais l'asepsie qui leur faisait cruellement défaut. ■

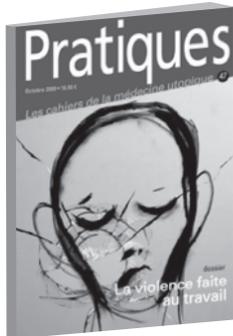
## Numéros disponibles

### Numéros à 12,20 € (sauf le numéro double 14/15) + 1,50 € de frais de traitement

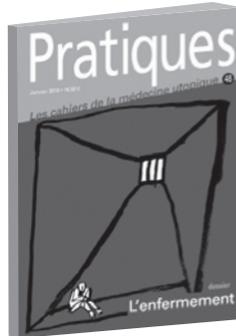
- |  |  |   |
|--|--|---|
| N° 1 : La société du gène                | N° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort        | N° 21 : Le médicament, une marchandise pas comme les autres |
| N° 2 : La souffrance psychique (épuisé)* | N° 12 : L'information et le patient            | N° 22 : La santé, un enjeu public                           |
| N° 3 : Penser la violence                | N° 13 : La médecine et l'argent                | N° 23 : Ils vont tuer la Sécu !                             |
| N° 4 : Santé et environnement            | N° 14/15 : Profession infirmière (prix 16,80€) | N° 24 : Le métier de médecin généraliste                    |
| N° 5 : La santé au travail               | N° 16 : Les émotions dans le soin (épuisé)*    | N° 25 : Hold-up sur nos assiettes                           |
| N° 6 : Sexe et médecine                  | N° 17 : Des remèdes pour la Sécu (épuisé)*     | N° 26 : L'exil et l'accueil en médecine                     |
| N° 7 : La responsabilité du médecin      | N° 18 : Quels savoirs pour soigner ?           | N° 27 : Faire autrement pour soigner (épuisé)*              |
| N° 8 : La santé n'est pas à vendre       | N° 19 : La vieillesse, une maladie ? (épuisé)* |   |
| N° 9 : L'hôpital en crise                | N° 20 : La santé des femmes                    |   |
| N° 10 : Folle psychiatrie                |  |   |

### Numéros à 14 € du 28 au 39, 16 € du 39 au 42 et à partir du numéro 43 : 16,50 € + 1,50 € de frais de traitement

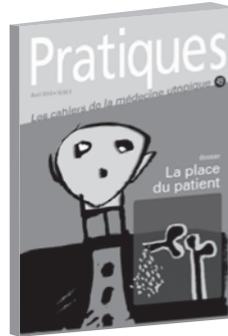
- |  |   |  |
|--|---|--|
| N° 28 : Les pouvoirs en médecine                             | N° 37/38 : Des normes pour quoi faire ? (épuisé)* | N° 42 : Les couples infernaux en médecine                      |
| N° 29 : Réforme de la Sécu : guide pratique de la résistance | N° 39 : Comment payer ceux qui nous soignent ?    | N° 43 : Réécrire le soin, un pari toujours actuel              |
| N° 30 : Les sens au cœur du soin                             | N° 40 : Les brancardiers de la République         | N° 44 : Parler et (se) soigner                                 |
| N° 31 : Justice et médecine                                  | N° 41 : Redonner le goût du collectif             | N° 45 : Le confort au cœur du soin                             |
| N° 32 : Le temps de la parole                                |   | N° 46 : L'humanitaire est-il porteur de solidarité ? (épuisé)* |
| N° 33 : L'envie de guérir                                    |   |  |
| N° 34 : Autour de la mort, des rites à penser                |   |  |
| N° 35 : Espaces, mouvements et territoire du soin            |   |  |
| N° 36 : La place de sciences humaines dans le soin (épuisé)* |   |  |



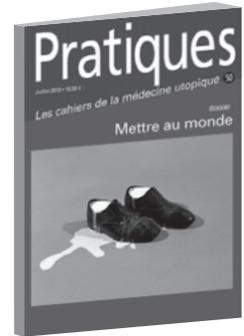
N° 47 : La violence faite au travail - 16,50 €



N° 48 : L'enfermement - 16,50 €



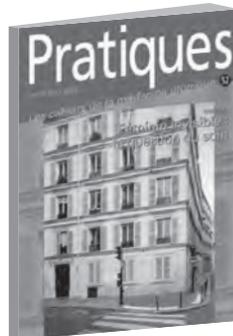
N° 49 : La place du patient - 16,50 €



N° 50 : Mettre au monde - 16,50 €



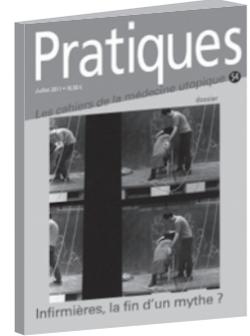
N° 51 : Que fabriquent les images ? - 16,50 €



N° 52 : Féminin invisible : la question du soin - 16,50 €



N° 53 : Résister pour soigner - 16,50 €



N° 54 : Infirmières, la fin d'un mythe - 16,50 €

\* Il est possible d'acheter les numéros 2, 16, 17, 19, 27, 36, 37-38 et 46 épuisés sous forme de fichier .pdf via notre site :

Cliquer sur l'adresse ci-contre : [www.pratiques.fr/-acheter-des-numeros.html](http://www.pratiques.fr/-acheter-des-numeros.html)

Nom ..... Prénom .....

Profession .....

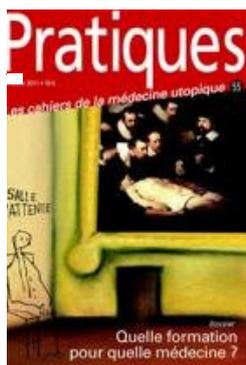
Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél. .... Fax .....

E-mail .....





Chère abonnée, cher abonné,

Vous disposez ici de la version électronique de votre abonnement à Pratiques.

Deux conseils, pour vous en faciliter l'usage.

1) Dans cette version, les articles sont indexés par thème.

Vous trouverez à la page suivante un sommaire-index des mots-clés utilisés, indiquant, pour chacun de ces mots-clés, les N° de page des articles dont ce mot-clé caractérise un des thèmes principaux.

Pour vous rendre facilement à cette page, il vous suffit de cliquer sur le N° de page.

Pour revenir au sommaire-index, tapez 98 dans le marque pages de la barre des tâches. Vous pouvez aussi cliquer sur l'icône « Signet », située juste au-dessous de l'icône « Page », à gauche, en haut, sous la barre des tâches : elle vous conduira à la mention : « Index page 98 », qui vous y dirigera immédiatement.

En laissant continuellement affiché ce signet sur la partie gauche de votre écran, vous pouvez commodément passer du sommaire-index à l'article désiré, et réciproquement.

Alternativement, tapez dans le moteur de recherche de votre lecteur de pdf le début du mot clé figurant au sommaire index page 98, précédé de la marque de paragraphe §. D'occurrence en occurrence, vous vous déplacerez ainsi d'un article au suivant, pour ce même mot clé.

2) Vous souhaitez extraire un article pour l'envoyer à un correspondant : téléchargez un logiciel gratuit de fractionnement de votre revue pdf. Ces logiciels vous fournissent sur le champ une copie de votre fichier fragmentée en autant de fichiers séparés que de pages. Vous n'avez plus qu'à choisir celle(s) que vous souhaitez joindre à votre envoi.

Un bon logiciel pour cet usage est "Split and Merge" dont il existe une version en français. Il vous permet aussi bien de fractionner à votre guise votre fichier que d'en fusionner les pages que vous désignerez.

Consultez le tutoriel <http://www.pdfsam.org/uploads/pdfsam-tuto-fr.pdf>

Vous y trouverez les liens de téléchargement page 4. Une fois le logiciel installé et ouvert, à Réglages, choisissez la langue (french).

Pour extraire un article :

- Choisir le Module Fusion
- Cliquer sur Ajouter, et choisir le fichier pdf dont vous souhaitez extraire un article.
- Choisir « Sélection de pages » parmi les onglets du menu, en haut, à droite.
- Double-cliquer dans la case du dessous et indiquer les N° de page du début et de fin de l'article, séparés par un tiret.
- Fichier à créer : Choisir un dossier et nommer votre fichier à extraire.
- Décocher Remplacer le fichier existant
- Cliquer sur Exécuter et retrouvez le fichier extrait dans le dossier que vous aurez choisi.

Bonne lecture !

Sommaire index des mots clés

Mot Clé	Page
§Accès aux soins	26
	88
§Accueil, ouverture, disponibilité	91
§Adolescent, Jeune	42
	44
	52
§Citoyenneté	88
§Collectif	86
	88
§Comparaison internationale	32
	78
§Complémentarité	58
§Concours	20
§Conflit d'intérêts	68
§Contraception	34
§Culpabilisation	41
§Discours médical	66
§Ecoute, empathie, Relation soignant soigné	24
	25
	34
	46
	66
§Ethique	24
§Etudes de cas	66
	74
§Femme, Condition féminine, Droit des femmes	34
	49
	62
§Formation initiale, Formation continue	6
	12
	15
	16
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	29
	30

§Formation initiale, Formation continue	32
	34
	36
	37
	38
	41
	42
	44
	46
	48
	49
	50
	52
	58
	62
	68
	70
	71
	72
	73
	76
	78
	80
	82
	86
	88
	91
92	
§Gouvernement, politique, démocratie, Etat	73
§Hiérarchie, Rapports médecins infirmières	32
	76
	91
§Histoire de la médecine	38
	73
§Hôpital, réforme hospitalière, gestion hospitalière	22
	24
	30
	32
	38
	50
54	
73	
92	
§Imprévu, prédictif, référentiel	46

§Indépendance	50
§Inégalités, Exclusion sociale	18
§Littérature, éducation littéraire	66
§Maisons de santé	52
§Médecin généraliste, médecine générale	6
	12
	15
	16
	20
	22
	29
	32
	34
	36
	37
	38
	42
	44
	49
	50
	52
68	
71	
72	
78	
80	
82	
86	
92	
§Médecin spécialiste	12
	58
	71
§Médecine narrative	74
§Médecines douces, médecines parallèles, médecines alternatives	26
	70
§Militantisme	70
§Para-médicaux	76
§Patient	54
	74
§Personnel soignant	41
§Pratique médicale	6
	26
	52
§Précarité	48
§Prévention	44
§Psychanalyse	46
	91

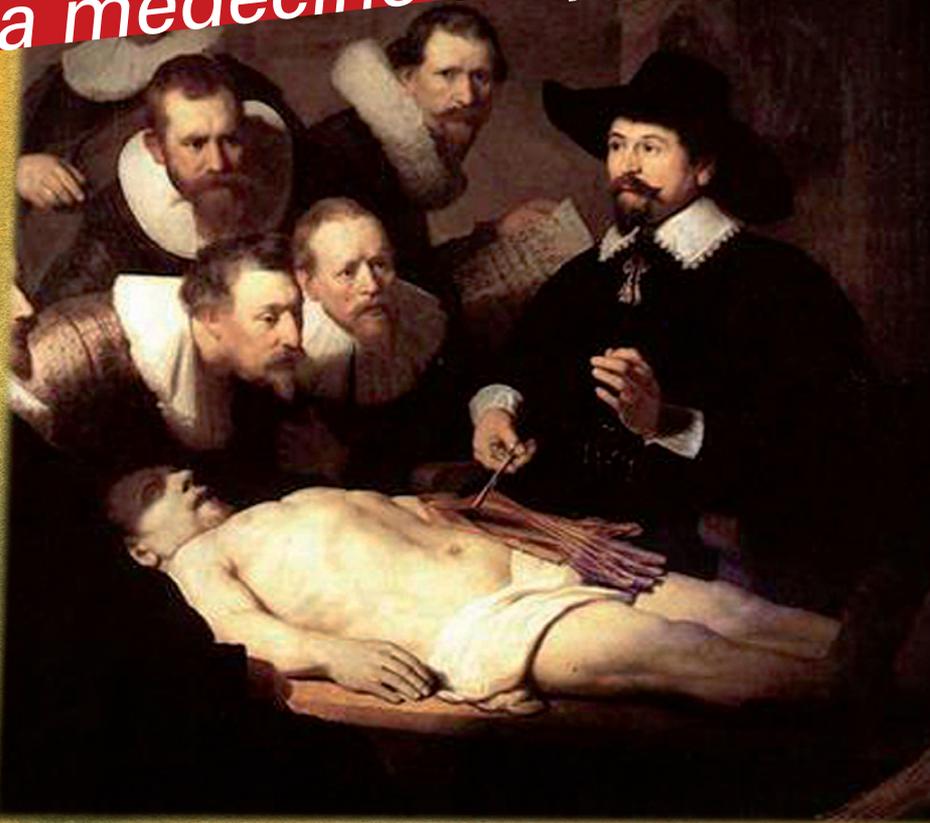
§Psychiatrie, santé mentale, psychiatrie de secteur	76
§Questions à choix multiples, QCM	20
§Recherche	38
	42
	62
§Reconnaissance	58
§Réforme	6
	18
§Réorientation	18
§Réseau de soins, réseau de santé	48
§Ressenti, émotion	46
	74
§Sage-femme	62
§Santé publique	6
	12
	16
	68
	70
	71
	80
82	
§Sciences humaines	22
	25
	54
	70
§Société	41
	62
	88
§Solidarité	30
§Souffrance au travail, harcèlement	24
§Subjectivité	54
	91
§Syndicat	73
§Transmission, transgénérationnelle	37
	91
§Travail social, Assistante sociale	48
§Tutorat	18
§Université	30
§Usagers, associations d'usagers	72
§Violence	49

# Pratiques

octobre 2011 • 18 €

*Les cahiers de la médecine utopique* 55

SALLE  
d'ATTENTE



dossier

Quelle formation  
pour quelle médecine ?

# Pratiques

Les cahiers de la médecine utopique

## Une revue pour comprendre et agir

Depuis ses débuts, en 1976, *Pratiques*, les cahiers de la médecine utopique s'efforce de repérer, décrypter, analyser les différentes dynamiques à l'œuvre dans le soin et la santé.

Ses colonnes sont ouvertes aux acteurs de la santé, aux professionnels et chercheurs des sciences humaines, aux usagers, les invitant à partager leurs expériences, leur réflexion, leurs points de vue inédits. Elle s'adresse à tout public.

La médecine et son objet – la maladie – sont au carrefour du social, du politique, de l'art, de la philosophie, de l'anthropologie...

Les lieux de soins sont parmi les rares espaces où l'individu peut encore, aujourd'hui, être entendu, tisser des liens et prendre conscience de l'impact des dysfonctionnements de la société sur sa santé.

Certaines avancées techniques fulgurantes bouleversent le soin, sans que leurs effets aient été ni anticipés ni pensés. *Pratiques* interroge cette médecine des organes et l'invite à consacrer la même énergie à améliorer la prise en compte du sujet qu'à relever des défis technologiques.

*Pratiques* analyse les mécanismes qui conduisent aujourd'hui à des dysfonctionnements : scientisme, bureaucratisation, augmentation des inégalités sociales de santé et recul de l'accès au soin.

*Pratiques*, qui dès 1977 avait dénoncé les risques liés au Médiateur®... reste vigilante face aux agissements des industries pharmaceutiques et biomédicales, qui imposent leurs produits et machines selon la seule logique mercantile, face à des autorités sanitaires empêtrées dans les conflits d'intérêt.

*Pratiques* commente les décisions politiques en matière de soin et soutient celles qui allient le débat contradictoire public, l'indépendance d'expression et le souci de l'intérêt général.

Plus que jamais :

- l'espace du soin doit rester un espace de liberté et de subversion,
- la fonction de soignant consiste à se poster en sentinelle à l'écoute du sujet souffrant dans son environnement
- mieux comprendre ce que nous faisons ensemble, soignants et soignés, permet de mieux agir sur le plan humain, comme sur le plan scientifique.

Forte de ces convictions, la revue *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique* veut mener une réflexion critique ambitieuse, indépendante et constructive. ■

Octobre 2011

## Quelle formation quelle médecine ?

*Pratiques, les cahiers de la médecine utopique* est édité par *Les éditions des cahiers de la médecine utopique*, dont la présidente est Anne Perraut Soliveres.

Directrice de la publication : **Elisabeth Maurel-Arrighi**

Directrice de la rédaction : **Anne Perraut Soliveres**

### DOSSIER

Rédacteurs en chef : **Sylvie Cognard, Martine Lalande,**

Rédaction : **Chandra Covindassamy, Sylvie Simon**

Pôle philo et sciences humaines : **Christiane Vollaire**

### MAGAZINE

Rubrique *Actu* : **Marie Kayser**

Rubrique *Santé mentale* : **Eric Bogaert**

Rubrique *Santé au travail* : **Noëlle Lasne**

Comité de lecture : **Christian Bonnaud, Jean-Luc Boussard,**

**Mireille Brouillet, Bernard Coadou, Martine Devries, Patrick**

**Dubreil, Françoise Ducos, Monique Fontaine, Yveline Frilay,**

**Jean-Louis Gross, Christian Jouanolou, Sylvie Lagabrielle,**

**Guillaume Lecarpentier, Philippe Lorrain, Evelyne**

**Malaterre, Claire Martin, Didier Ménard, Didier Morisot,**

**Dominique Pelegrin, Magali Portier, Yolande Rousseau,**

**Cécile Supiot, Pierre Volovitch**

Responsable du site : **Lucien Farhi**

Couverture : **Eloi Valat**

Conception graphique : **Safia Ounouh, Eloi Valat**

Secrétaires de rédaction : **Marie-Odile Herter**

Secrétariat, relations presse, diffusion : **Marie-Odile Herter,**

**Lola Martel**

Gestion : **Lucien Farhi**

Imprimerie : **Imprimerie Chirat**

744, rue Saint-Colombe, 42540 Saint-Just La Pendue

tél. 04 77 63 25 44 – e-mail : pao@imp-chirat.fr

### Revue trimestrielle

Rédaction et abonnements :

tél. 01 46 57 85 85 – fax 01 46 57 08 60

e-mail : revuepratiques@free.fr

www.pratiques.fr

52, rue Gallieni, 92240 Malakoff – France

Dépôt légal : 4<sup>e</sup> trimestre 2011

Commission paritaire n° 1015683786

ISSN 1161-3726 – ISBN 978-2-919249-04-6

Toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, de la présente publication, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite (article L 122-4 du Code de la propriété intellectuelle) et constitue une contrefaçon.

L'autorisation de reproduire, dans une autre publication (livre ou périodique) un article paru dans la présente publication doit être obtenue après de l'éditeur (Les Editions des cahiers de la médecine utopique, adresse ci-dessus).

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre Français d'exploitation du droit de Copie (CFC) – 20 rue des Grands Augustins – 75006 Paris – Tél. 01 44 07 47 70 – Fax 01 46 34 67 19.

Quelle devrait être la formation des médecins ? Sélection inappropriée, accumulation de connaissances formatée par les concours, influence toujours prégnante des lobbies pharmaceutiques... mais aussi « départements de médecine générale » qui tentent la mise en place d'enseignements adaptés à la spécificité du métier. Comment les étudiants se débrouillent-ils pour trouver le courage et l'énergie nécessaires pour apprendre à faire face au vrai métier : celui de soigner des personnes ? Se penchent sur le berceau de la formation : des enseignants de médecine générale, des étudiants motivés, jeunes et militants pleins d'idées et d'initiatives, des enseignants en sciences humaines et des médecins. Ils explorent les conséquences des réformes universitaires en cours et les confrontent à d'autres modes de formation pratiqués à l'étranger. Ils envisagent des pistes pédagogiques davantage basées sur l'interactivité, l'apprentissage de l'esprit critique et un compagnonnage de qualité. Ils mettent en place les jalons d'une formation indépendante et d'une formation à l'indépendance, véritables enjeux de société. Avec la contribution de Bernard Pissaro, professeur de santé publique.

**Prochain numéro : La nutrition**



Prix : 18 €

ISBN 978-2-919249-04-6

ISSN 1161-3726