

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 2¹ 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 DES² en trois ou quatre ans, pas six comme souvent. Les sept facultés d'Ile-de-France ont harmonisé leur portfolio³ 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 FMC⁴, DPC⁵, 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 SASPAS⁶. 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.