

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-

« L'expérience montre que partir de l'utopie est un puissant facteur de changement et d'innovation. »

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 réalisa-

ble, 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 besoins¹ 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 ancienne², 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.