



HAL
open science

Formation des médecins généralistes et valorisation de la discipline: Exemple des facultés de Lausanne et de Nancy

Sanae Mazouri-Karker

► **To cite this version:**

Sanae Mazouri-Karker. Formation des médecins généralistes et valorisation de la discipline: Exemple des facultés de Lausanne et de Nancy. Sciences du Vivant [q-bio]. 2009. hal-01732560

HAL Id: hal-01732560

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732560>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Sanae MAZOURI-KARKER

Le 26 juin 2009

**Formation des médecins généralistes et valorisation
de la discipline.**

Exemple des facultés de médecine de Lausanne et de Nancy.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur ROLAND
M. le Professeur BRAUN
M. le Professeur DE KORWIN
M. le Professeur AUBREGE
M. le Professeur PECOUD

Président
Juge
Juge
Juge
Invité d'honneur

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Sanae MAZOURI-KARKER

Le 26 juin 2009

**Formation des médecins généralistes et valorisation
de la discipline.**

Exemple des facultés de médecine de Lausanne et de Nancy.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur ROLAND
M. le Professeur BRAUN
M. le Professeur DE KORWIN
M. le Professeur AUBREGE
M. le Professeur PECOUD

Président
Juge
Juge
Juge
Invité d'honneur

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Asseseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. le Professeur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY - Jacques BORRELLY

Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC

Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET

Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT -
Jacques LACOSTE Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE -
Jacques LECLERE - Bernard LEGRAS

Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT

Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU

Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL

Daniel SCHMITT - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET -
Michel WAYOFF
Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (*Anatomie*)
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : (*Cytologie et histologie*)
Professeur Bernard FOLIGUET
3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)
Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : (*Physiologie*)
Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI – Professeur Bruno CHENUÉL
3ème sous-section : (*Biologie Cellulaire (type mixte : biologique)*)
Professeur Ali DALLOUL
4ème sous-section : (*Nutrition*)
Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)
Professeur Alain LOZNIIEWSKI
3ème sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON
Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : (*Médecine et santé au travail*)
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)
Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)
Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI
Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : (*Immunologie*)
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE
4ème sous-section : (*Génétique*)

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre

KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHAS

TAGNER – Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

1.1 PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

1.2 MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BEZDETNYA épouse BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Gérard AUDIBERT
3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER
4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)
Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)
Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,**

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)
Docteur Jean-Louis CORDONNIER
=====

1.3 MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : **SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**
Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} section : **Chimie Organique, Minérale, Industrielle**
Monsieur Franck DALIGAULT

40^{ème} section : **SCIENCES DU MÉDICAMENT**
Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : **MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : **GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : **BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : **BIOLOGIE CELLULAIRE**
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe
NEMOS
Madame Natalia DE ISLA

66^{ème} section : **PHYSIOLOGIE**
Monsieur Nguyen TRAN

=====

1.4 MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

1.5 PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean FLOQUET
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Alain LARCAN
Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Guy PETIET - Professeur Luc
PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Danièle SOMMELET
Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Michel VIDAILHET

=====

1.6 DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

*A notre Maître et Président de thèse,
Monsieur le Professeur Jacques Roland,
Professeur Émérite d'Anatomie,
Doyen Honoraire de la Faculté de Médecine,
Chevalier de l'Ordre National de la Légion d'Honneur,
Chevalier de l'Ordre National du Mérite,
Officier de l'Ordre des Palmes Académiques.
Vous avez bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.
Nous vous exprimons ici notre gratitude, notre admiration et notre profond respect.*

*A notre maître et juge,
Monsieur le Professeur Braun,
Professeur d'Anatomie (option clinique, radiologie et imagerie médicale)
Chevalier de l'ordre des palmes académiques.
Vous avez bien voulu nous faire l'honneur de juger ce travail.
Nous vous remercions sincèrement de la qualité des enseignements que vous nous avez
prodigués lors de notre formation.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.*

A notre maître et juge,

Monsieur le Professeur Jean-Dominique De Korwin,

Professeur de Médecine Interne.

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail et de

l'honneur que vous nous portez en acceptant d'être notre juge.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

*A notre maître et juge,
Monsieur le Professeur Alain Aubrège,
Professeur associé de Médecine Générale,
Coordonnateur régional du DES de médecine générale.
Vous avez accepté de diriger ce travail. Votre écoute, vos conseils et vos remarques nous
ont permis de mener à bien cette thèse.
Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.*

*A notre maître et juge,
Monsieur le Professeur Alain Pécoud,
Directeur de la Polyclinique Médicale Universitaire et du Département Universitaire de Médecine
Sociale et Communautaire de Lausanne.
Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être membre invité d'honneur du jury.
Nous tenions à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et de la confiance que vous nous
avez témoignée en nous accueillant à la FMCU.
Soyez assuré de notre sincère gratitude.*

*A monsieur le Docteur Etienne Fréchin,
Médecin généraliste responsable du Cours Romand de Médecine Générale à Lausanne,
Vous avez prêté une grande attention à l'élaboration de notre travail.
Veuillez trouver ici l'expression de nos plus profonds remerciements.*

A ma famille,

A Jaafar

*Tu m'insuffles ton courage et ton amour,
J'admire ta patience et ta gentillesse,
Ton intelligence et ton perfectionnisme m'ont été précieux dans ce travail,
Tu me donnes des ailes,
Merci d'être à mes côtés.*

A ma petite fleur Emma,

*Tu es ma lumière, ma raison de vivre,
Ton sourire me fait vibrer jour après jour,
Je t'aime mon bébé.*

A mes parents,

*Vous avez toujours cru en moi,
Vous m'avez été d'un soutien sans faille,
Merci pour tout l'amour dont vous me nourrissez.*

A ma sœur Ouafae,

*Merci d'être ma grande sœur
Tu as été l'exemple à suivre.*

A Bilal, Anas, Ilias et Narjisse vous êtes nos petits rayons de soleil.

A ma petite sœur Bouchra,

*Merci pour toute la confiance et l'admiration que tu me portes
J'espère ne pas te décevoir.*

A ma petite sœur Najoua,

*Tu es ma confidente,
Merci d'être à mes côtés dans les petits et les grands moments de ma vie.*

A mon petit frère Eyssame,

*J'admire ta sagesse malgré ton jeune âge,
Que Dieu veille sur toi.*

*A mon petit frère Miftah,
Ton insouciance et ta joie de vivre sont ma bouffée d'oxygène,
Merci pour tous ces fous rires.*

*A ma grand-mère Myriam,
Tu n'es plus parmi nous,
Tu m'as donné l'envie d'aider mon prochain,
J'espère que tu es fière de moi.*

*A ma grand-mère Rahma,
Merci de croire en moi.*

*A tout le reste de ma famille,
Merci pour tout votre amour et votre soutien.*

*A ma belle famille,
Vous m'avez accueillie comme votre fille, votre sœur.
Merci tout simplement.*

*A Hayriye, ma meilleure amie,
Ta générosité, ta bonne humeur m'ont aidée à traverser ces années d'études,
Tu m'as communiqué ta joie de vivre et ton goût des voyages,
Je te remercie pour ton amitié sincère.*

*A tous mes amis,
Merci pour ces bons moments partagés.*

*A mes collègues de RAOUL-IMG,
Ensemble nous avons fait avancer d'un petit pas la médecine générale à Nancy.*

*A mes professeurs et maîtres, le Docteur Marie-Christine Freby-Cayotte et le Docteur
Claude Petit,
Merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale.*

A messieurs les Docteurs Thomas Bischoff, Raphael Bonvin, Frédéric Fellrath, Julien Ombelli,

Vous nous avez éclairés sur la médecine générale en Suisse,

Merci de nous avoir consacré de votre précieux temps.

A mesdames Airelle Buff et Brigitte Martin-Béran du service de la Santé Publique du canton de Vaud, merci pour la confiance que vous nous avez portée.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Table des matières

INTRODUCTION	21
1 DONNÉES DE CADRAGE	23
1.1 Le contexte national	23
1.1.1 Les facteurs de la pénurie de médecins généralistes en France	23
1.1.2 Les facteurs de la pénurie de médecins de premier recours en Suisse	29
1.2 Le contexte européen	34
1.2.1 Le processus de Bologne et la réforme LMD	34
1.2.2 Les directives européennes	37
1.2.3 La Wonca Europe : vers une harmonisation des pratiques en médecine générale.	42
2 MATERIEL ET METHODE	45
2.1 Matériel	45
2.2 La méthode	45
2.2.1 Le recueil des données.	45
2.2.2 Les entretiens semi-structurés.	47
2.2.3 Le forum « devenir généraliste »	51
2.2.4 L'outil informatique	52
2.3 La transcription des données	53
2.4 L'analyse des données	54
3 RESULTATS	55
3.1 Les études de médecine	55
3.1.1 Présentation générale des cursus d'études en France et en Suisse.	55
3.1.2 Le tronc commun à Nancy et à Lausanne	59
3.2 La formation spécifique en médecine générale.	75
3.2.1 Internat et DES de médecine générale	75
3.2.2 La formation postgraduée suisse en médecine de premiers recours	81
3.3 La promotion de la médecine générale	91
3.3.1 La promotion de la médecine générale Nancy	91
3.3.2 La promotion de la médecine générale à Lausanne.	98
4 DISCUSSION	110
4.1 Validité de l'étude : les avantages et les limites de la méthode	110
4.2 Lecture critique des résultats	111
4.2.1 La formation prégraduée	111

4.2.2	La formation postgraduée	117
4.3	La valorisation de la discipline	123
4.3.1	La valorisation de la médecine générale à Nancy	123
4.3.2	La valorisation de la médecine générale à Lausanne	128
	CONCLUSION	133
	BIBLIOGRAPHIE	136
	TABLE DES FIGURES	139
	ANNEXES	140
	Annexe 1: Définition Européenne de Médecine Générale en 2002	140
	Annexe 2 : Les objectifs minima de la formation de base en médecine générale définis par la résolution77(30)	142
	Annexe 3 : Les compétences essentielles en médecine générale (WONCA 2002)	145
	Annexe 4 : Grille d'entretien	146
	Annexe 5 : Nouveau curriculum lausannois des études de médecine	147
	Annexe 6 : Contrat pédagogique du CRMG	148
	Annexe 7 : Critères de qualité des établissements de formation dans le cadre du CRMG	149
	Annexe 8 : Trois exemples de plan de formation du CRMG	150
	Annexe 9 : Programme des enseignements théoriques du DES de Médecine Générale à Nancy :	153
	GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS	155

Introduction

La WONCA EUROPE définit la médecine générale - médecine de famille comme *«une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques.»*(1) (Annexe1). Elle est une discipline de soins primaires qui regroupe plus de la moitié des praticiens en France (2) et pourtant elle a longtemps été le parent pauvre des spécialités médicales. Après avoir été délaissée en 1984 lors de la mise en place du concours de l'internat, la médecine générale va progressivement se doter d'un enseignement spécifique grâce à l'investissement des médecins généralistes enseignants dans la pédagogie et dans la théorisation des pratiques en médecine générale.

Depuis 2004, avec la mise en place de l'Examen National Classant (ENC), elle a intégré le rang des spécialités, la création du Diplôme d'Etudes Spécialisé de Médecine Générale (DES) constitue dès lors la première étape vers une reconnaissance universitaire de cette discipline.

Cette valorisation de la médecine générale s'opère également à l'échelle européenne. On a pu observer un plus grand investissement des politiques en médecine générale en Europe, non seulement dans les ressources humaines et l'infrastructure mais également la formation, la recherche et l'assurance qualité. Devant les différences significatives dans l'organisation des systèmes de soins et la pratique de la médecine générale en Europe et du fait de la libre circulation des médecins, il est apparu de plus en plus nécessaire d'harmoniser la formation et les pratiques de cette discipline dans les pays de l'Union Européenne et les pays associés.

Dans ce travail de thèse, nous nous sommes intéressés à la formation des médecins généralistes en Suisse. La médecine générale en Suisse, connaît comme en France un certain nombre de difficultés (pénurie de médecins, inégales répartitions géographiques, faible représentation universitaire, faible attrait auprès des étudiants, etc.) d'où la nécessité d'une revalorisation de cette discipline. A l'occasion d'une année d'internat en Suisse, nous avons souhaité comparer la formation initiale des médecins généralistes des facultés de médecine de Lausanne et de Nancy. Nous

avons tenté de répondre aux questions suivantes: qu'en est-il de la formation spécifique en médecine générale ? Comment cette discipline est-elle valorisée dans le contexte actuel de pénurie de médecins généralistes?

1 Données de cadrage

Dans un récent rapport (2), le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) conclut dans sa première partie que la médecine générale est en crise. Il ne s'agit pas d'un phénomène propre au système de soins français puisqu'on retrouve des données similaires dans les systèmes américain (3) et anglais (4).

Selon l'American College of Physicians, le système américain de soins primaires est au bord du collapsus (5). Les jeunes généralistes britanniques sont nombreux à vouloir quitter la médecine générale (4). La société suisse de médecine générale lançait en 2006 une pétition intitulée « Pour la médecine de famille : une question de survie »(6).

On observe d'une part une désaffection des jeunes générations, d'autre part un ras le bol des plus anciens. En France comme en Suisse, les causes de cette tendance se rejoignent souvent. Cependant des mesures sont prises dans les deux pays afin de valoriser la médecine générale et éviter une catastrophe démographique médicale.

1.1 Le contexte national

1.1.1 Les facteurs de la pénurie de médecins généralistes en France

La France connaît une pénurie de médecins, en particulier, de médecins généralistes. On parle même de crise de la médecine générale. Il ne s'agit pas seulement d'une crise démographique mais également d'une crise de vocation. Le malaise est, en effet, plus profond puisqu'on constate que cette discipline ne bénéficie pas d'une image très attrayante auprès des étudiants de moins en moins séduits par cette spécialité. La médecine générale est délaissée et les facteurs de cette crise sont nombreux :

a) La baisse du numérus clausus entre 1980 et 2000

En 1971, un numerus clausus est instauré à l'issue de la première année des études de médecine. Un grand nombre de médecins sont alors issus de la génération du « baby-boom » des années après guerre. Devant cet afflux, le numerus clausus est mis en place afin de limiter le nombre de médecins. Pendant de longues années

encore, il sera question de « pléthore » de médecins en France. Dans les années 80 on parle même de surpopulation médicale. De 1980 à 1990, les politiques de santé décident de réduire ce numerus dans le but de maîtriser les dépenses de santé. Le numerus clausus est ainsi restreint régulièrement à partir de 1976 pour atteindre son minimum en 1992 avec 3500 places contre 8588 en 1971 soit une réduction de près de 60% des effectifs étudiants en médecine. Les répercussions de cette baisse retentissent d'abord sur les hôpitaux puis dans le secteur libéral avec un retard d'une dizaine d'années, temps nécessaire pour former un médecin. (7)

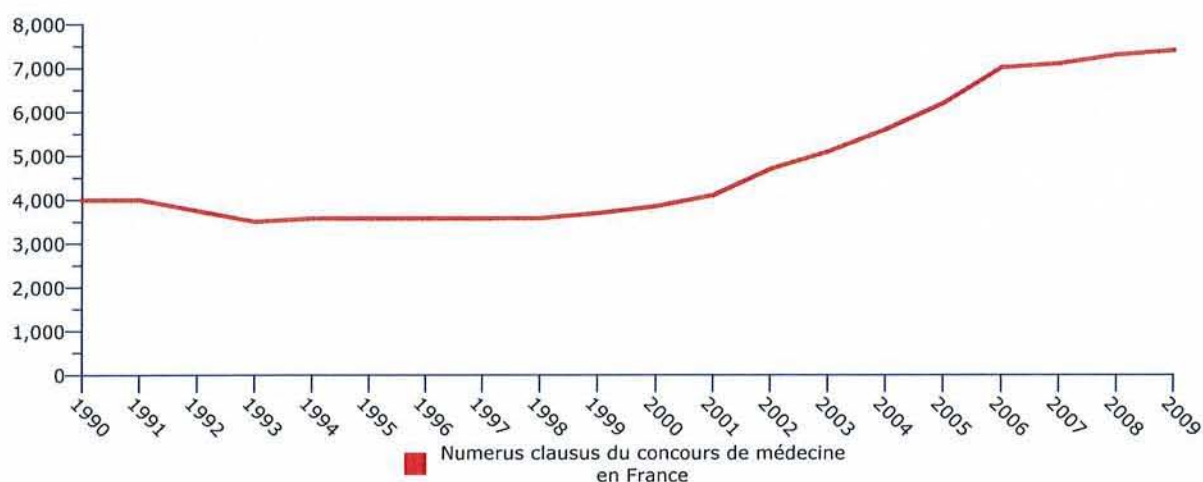


Figure 1 : Numerus clausus en France

b) Les mesures de contrôle du nombre de praticiens

La création de l'internat de spécialités en 1984 aura pour conséquence démographique une baisse de la proportion des médecins généralistes de 57% en 1979 à 49% en 1999 (8).

Pour accentuer cette diminution programmée du nombre de praticiens, des mesures annexes vont être appliquées. Notamment, la mise en place en 1988 de la MICA (Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité) qui permettait aux médecins de plus de 60 ans de cesser leur activité de soin. En échange, ils bénéficiaient d'une allocation de cessation d'activité jusqu'à 65 ans tout en conservant la possibilité d'avoir une activité médicale « non prescriptive » et en continuant de cotiser pour leur

retraite. Cette mesure a pris fin le 1^{er} janvier 2003 et a bénéficié à 10500 médecins (9).

c) Départs à la retraite des " baby-boomers " et le vieillissement des médecins

On assiste, en effet, au départ en retraite de nombreux médecins issus du baby-boom et qui ne sont pas remplacés. Par ailleurs, l'étude du profil des médecins généralistes en activité montre un vieillissement de la profession .L'âge moyen des médecins généralistes actuellement en activité est de 47,5 ans (44,9 ans pour les femmes et 49,1 ans pour les hommes) (2).

d) La féminisation de la profession

La profession médicale se féminise. Avec un effectif total de 41 214 médecins actuellement actifs, les femmes représentent, au 1er janvier 2005, 39,4% des généralistes en activité en France métropolitaine (2). Elles sont aujourd'hui majoritaires dans les générations de généralistes de moins de 40 ans et surtout elles représentent parfois jusqu'à 60% de la promotion d'étudiants admis en 2^{ème} année de médecine.

e) L'activité à temps partiel et les autres modes d'exercice

De plus en plus de médecins optent pour l'activité à temps partiel .Ce phénomène s'observe surtout chez les nouvelles générations de médecins et s'explique par leur volonté de concilier vie professionnelle et vie familiale, et ceci même en début de carrière.

Il existe par ailleurs différents modes d'exercice : l'exercice libéral, mixte (c'est-à-dire libéral et salarié), l'exercice salarié, une catégorie divers, et une catégorie sans exercice déclaré (remplaçants et temporairement sans activité).

On constate que sur les 93 367 généralistes exerçant une activité régulière, 14 891 ont une compétence et certains, bien que comptabilisés en tant que généralistes, n'exercent plus la médecine générale. Ainsi, il apparaît que près d'un quart (24 %) des médecins interrogés disent ne pas pratiquer du tout la médecine générale. Un médecin sur six (14 %) ne pratique la médecine générale qu'à temps partiel,

partageant son temps entre la médecine générale et une autre activité ou une autre pratique. Cet abandon de la médecine générale se fait au profit de l'homéopathie, de l'acupuncture et autres " médecines douces ", mais aussi de la médecine d'urgence, de l'angiologie, de la nutrition, de la gériatrie, de la médecine du travail (ou scolaire, PMI...). Au final, il y a à peine plus de six médecins sur dix inscrits au tableau en tant que généralistes (62 %) qui pratiquent à temps plein la médecine générale (2).

f) Une charge de travail non rémunérée croissante

Les contraintes horaires liées à l'exercice sont astreignantes puisque les heures normales d'ouverture des cabinets sont souvent annoncées de 08 h à 20 h, plus particulièrement en milieu rural. A cela s'ajoutent les contraintes de la participation à la permanence des soins.

On constate aussi une multiplication des tâches administratives non rémunérées ou dont la rémunération n'est pas annoncée, telles que la gestion du Dossier Médical Personnel, les entretiens confraternels avec les médecins-conseils. Dans les cabinets de médecins non associés ou regroupés dans des structures à faible effectif, les tâches administratives de gestion, de prise d'appels et de rendez-vous sont assurées par le médecin lui-même (transfert de ligne téléphonique sur mobile) ou des prestataires extérieurs (standards partagés extérieurs). Dans les structures à effectif plus nombreux, le confort acquis l'est au prix de charges de fonctionnement élevées.

g) Une décroissance de l'offre de soins et une inégale répartition démographique

Dès 2002, le rapport BERLAND (10) vient confirmer les inquiétudes de pénurie inéluctable de médecins généralistes.

Pour les généralistes en activité régulière, la densité médicale métropolitaine va chuter de 332 médecins pour 100 000 habitants en 2001 à 156 médecins pour 100 000 habitants en 2004. En ce qui concerne les médecins qui exercent exclusivement la médecine générale, la densité moyenne en métropole est de 115,3 et si on s'intéresse aux seuls généralistes exclusifs exerçant uniquement en libéral, la densité moyenne chute à 71 pour 100 000 habitants (2).

Par ailleurs la répartition des médecins généralistes est inégale. Globalement, on note une plus forte densité médicale dans le sud de la France contrastant avec le nord. Les campagnes apparaissent comme des zones sous-médicalisées.

Soumis à une pression grandissante sur la qualité de leur prestation, les jeunes médecins préfèrent s'installer dans des lieux qu'ils connaissent bien, correctement fournis en correspondants (médicaux et para médicaux) et en plateaux techniques bien équipés, à proximité de structures d'urgences hospitalières.

h) Le vieillissement de la population et l'augmentation des besoins

La population française vieillit, une femme sur deux qui naît aujourd'hui sera centenaire. Les personnes âgées ont des besoins en soins plus importants que les autres. On voit par ailleurs apparaître de nouveaux besoins faisant appel à une nouvelle forme d'exercice de la médecine générale avec son lot de charge de travail et de charges administratives (affections longue durée, hospitalisation à domicile, soins palliatifs à domicile, etc.) .

i) Une spécialité laissée pour compte au sein des facultés de médecine

En 1982, la réforme du troisième cycle des études médicales visant à contrôler l'accès à certaines spécialités aboutit à la création du concours de l'internat qui entre en vigueur dès 1984.

La médecine générale va être laissée pour compte. En effet, alors que les autres spécialités d'internat voient leurs moyens continuer à se développer (filiales de recherche, enseignants titulaires, revalorisation des titulaires, etc.), il faudra encore de longues années avant d'avoir un enseignement spécifique de médecine générale. Ce n'est qu'en 1988 qu'un résidanat de médecine générale de deux ans est créé et il faudra attendre 1997 (11) pour qu'un premier de stage en cabinet pour les résidents voit le jour alors que le décret du 15 avril 1981 en organisait déjà les contours.

Il faudra ensuite attendre 2006 pour que la médecine générale ait une légitimité universitaire avec la création d'une option médecine générale dans une sous section du Conseil National des Universités (CNU) (12).

j) La désaffection de la discipline par les étudiants

Depuis 2004, on a pu assister à une véritable désaffection de la discipline par les étudiants. La médecine générale apparaît comme une discipline peu attrayante. L'analyse des résultats aux épreuves de classement national (ENC), internat commun à tous les étudiants en médecine mis en place dans le cadre de la réforme de janvier 2004 (13) met en évidence ce phénomène.

La médecine générale est, avec la médecine du travail, la discipline choisie en dernier par les étudiants et tous les postes de médecine générale ne sont pas pourvus. Sur les 2353 postes de médecine générale proposés en 2006, seuls 1637 ont été effectivement pourvus. Cela signifie que plus de 30% des postes ouverts en médecine générale n'ont pas trouvé de candidats intéressés (ce pourcentage était de 40% en 2005 et 33% en 2004). Les étudiants préfèrent redoubler une année et avoir une deuxième chance de choisir une spécialité plutôt que d'intégrer le nouvel internat en médecine générale.

Cette situation n'est pas uniforme sur l'ensemble du territoire, un certain nombre de facultés souffrant plus que d'autres. A Nancy, par exemple, en 2004 seulement 45 postes sur les 88 initialement prévus ont été pourvus et en 2005, seulement 53 postes sur 137 (14).

k) Une méconnaissance de la spécialité et une image peu valorisée auprès du public

Dans son travail de mémoire intitulé « *Vision des étudiants de PCEM et DCEM sur la médecine générale* » (15) Bertrand Boutiller, interne en médecine générale, s'est intéressé à la vision des étudiants sur la médecine générale en particulier depuis la mise en place de l'ENC et sa reconnaissance en tant que spécialité.

Les résultats ont montré que la médecine générale était pour les étudiants une discipline peu attrayante spontanément (11% d'étudiants déclarant vouloir exercer en médecine générale), méconnue (80% d'étudiants ne connaissant pas, ou que partiellement, le métier du généraliste), souvent dénigrée, insuffisamment enseignée (70% des étudiants) et représentée dans le cursus de PCEM et DCEM.

Cette faible attirance spontanée pour cette discipline s'explique en partie par un manque de connaissance de ce métier de la part des étudiants au moment de leur

choix. Durant leur formation, les futurs médecins sont peu ou pas familiarisés avec l'exercice de la médecine générale, encore moins dans sa dimension ambulatoire. La seule vision qui leur était offerte jusqu'en 2007 était hospitalo-universitaire.

Cette désaffection s'explique aussi par l'image peu valorisante de la discipline. Pour beaucoup, le résident ou interne en médecine générale est celui qui a échoué à l'internat. L'image dans le public est aussi dévalorisée par rapport aux autres disciplines. Malgré sa récente promotion au rang de spécialité, on entend encore : " Vous êtes médecin, mais généraliste ou spécialiste ? ".

Beaucoup de patients sont mal informés sur les compétences et le rôle du médecin généraliste. Ils ne savent pas que leur médecin de famille peut assurer un suivi de grossesse physiologique jusqu'au 7^{ème} mois de grossesse ou renouveler une prescription de pilule, poser un stérilet, faire un frottis cervico-vaginal, etc.

Les revenus du médecin généraliste sont les plus faibles parmi tous les spécialistes et dans l'esprit de beaucoup de patients, le médecin généraliste fait moins d'études, il est moins compétent qu'un autre spécialiste et par conséquent il est normal que la consultation soit moins chère !

1.1.2 Les facteurs de la pénurie de médecins de premier recours en Suisse

En Suisse, la situation est plus complexe. Jusque dans les années 2000, le spectre de la pléthore médicale effrayait assureurs et politiciens. Mais depuis deux à trois ans, les observateurs des systèmes de santé prédisent une pénurie de médecins qui pourrait avoir des conséquences importantes sur la population.

Dans son rapport rendu publique le 6 septembre 2007 (16), le Conseil Suisse de la Science et de la Technologie (CSST) tente de répondre aux questions suivantes :

- La Suisse risque-t-elle de manquer de médecins, surtout pour ce qui est de la médecine de premiers recours ?
- Doit-on augmenter la capacité d'accueil des facultés de médecine ?

La complexité de la démographie médicale suisse tient du fait que jusqu'à présent la plupart des rapports statistiques différenciaient médecine de premiers recours et médecine hospitalière, mais n'apportaient pas de données précises concernant la médecine générale en particulier. De plus la définition de "médecine de premiers

recours" est plutôt large et parfois différente d'une étude à l'autre. Selon la statistique 2006 de la fédération des médecins suisses ou FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum), les médecins spécialistes de médecine générale, de médecine interne générale et les médecins sans titre de spécialiste (omnipraticiens) pratiquent la médecine de premier recours. De nombreuses études et rapports considèrent la pédiatrie générale (enfants et adolescents) comme relevant également de la médecine de premier recours. Ceci explique en partie la difficulté à établir des statistiques précises sur l'activité des médecins généralistes en suisse.

L'Obsan dispose à présent de données fiables sur l'offre régionale en soins ambulatoires de premier recours et sur le recours régional aux services des médecins de premier recours en Suisse. C'est l'étude « Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse-Projections à l'horizon 2030 » (17). Ces résultats ne se fondent plus sur les chiffres par médecin de la FMH, mais sur des équivalents temps plein obtenus par pondération du nombre de médecins sur la base du pourcentage de temps de travail. Globalement, on retrouve les mêmes facteurs de pénurie de médecins de premiers recours que pour la France.

a) Le vieillissement des médecins en exercice

La moitié des médecins de premier recours ont plus de cinquante ans, et un cinquième plus de soixante; un sur dix seulement a moins de 40 ans. Ils ouvrent un cabinet à l'âge moyen de 37 ans. L'analyse des chiffres des départs à la retraite démontre un pic des départs vers 2015. Le cumul des départs permet d'établir une projection des médecins actifs les prochaines années avec une diminution de moitié de l'effectif autour de 2015-2018.(16)

b) La féminisation

La proportion de femmes dans le corps médical ne cesse de croître. Elle atteint actuellement 33,6 % parmi les médecins en exercice, alors qu'elle était de 29,1 % en 2000. Les femmes médecins sont de plus en plus nombreuses dans tous les groupes d'âge. C'est parmi les 30 à 39 ans que leur proportion est la plus élevée (38,5 % des jeunes médecins établis), et parmi les 40 à 49 ans qu'elles sont le plus nombreuses.

On assiste parallèlement à une augmentation de la proportion de femmes parmi les étudiants en médecine passant de 46,9% en 1997 à 56,8% en 2005. (16)

c) L'activité à temps partiel et les orientations d'exercice non exclusives de médecine générale

Comme en France, beaucoup de médecins généralistes n'exercent pas exclusivement la médecine générale. Ils sont de plus en plus nombreux à opter pour l'activité à temps partiel. Pour certains le temps partiel permet d'assurer un équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Cette tendance est accentuée par la féminisation de la profession). Pour d'autres, ils partagent plutôt leur activité entre la médecine générale et une autre activité qui ne relève pas de la médecine générale ambulatoire (activité partielle en milieu hospitalier, ostéopathie, homéopathie, mésothérapie, acupuncture...).

S'il est difficile d'obtenir des données démographiques sur le nombre de médecins généralistes en activité en Suisse en raison de la variabilité de la définition de médecins de premiers recours d'une étude à l'autre, il est encore plus difficile d'obtenir des chiffres sur le taux d'activité des médecins généralistes. Cela explique en partie pourquoi la pénurie de médecins généralistes a longtemps été sous estimée.

d) Une répartition inégale sur le territoire à l'origine de zones sous médicalisées

La densité médicale suisse est de 0,63 généraliste (en équivalents plein temps) pour mille habitants, et de 1,23 pour les médecins de premier recours (généralistes, internistes, pédiatres).(16)

Les centres urbains, et notamment les régions universitaires, présentent la densité la plus forte. Elle est trois fois supérieure dans les grandes agglomérations entourées de zones d'emploi et d'habitation que dans les régions périphériques à caractère rural. Elle est la plus forte dans les cantons de Bâle-Ville et de Genève et la plus faible dans les cantons de Suisse intérieure (exception faite de Lucerne) et d'Appenzell Rhodes intérieures.

e) La limitation du nombre des installations

«Dans les années 1980-1990, les autorités politiques et universitaires lançaient un cri d'alarme: le nombre de médecins en formation augmentait à une vitesse telle que les professeurs des facultés de médecine allaient parler aux gymnasiens (lycéens) pour leur déconseiller de choisir les études de médecine ! Les chiffres étaient effectivement impressionnants : dès la fin de la guerre, le nombre de médecins actifs a augmenté de façon exponentielle. En Suisse, entre 1940 et 2000, ce nombre est passé de 4700 à 27 000. Le spectre de la pléthore est né durant cette période, créant un sentiment d'effroi chez les politiciens et assureurs, puisque des études démontraient, sans grande surprise, que les coûts de la santé évoluaient parallèlement à l'augmentation de la densité médicale. » (18)

Les mesures visant à limiter cette augmentation de l'offre ne se sont pas fait attendre. Le 26 mars 2003, le Conseil d'Etat vaudois a adopté l'arrêté cantonal d'application de l'ordonnance fédérale (appelé aussi clause du besoin)(19) sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire du 3 juillet 2002.. Dans le canton de Vaud, le gel des admissions a été décidé pour la médecine générale et la médecine tropicale, rendant toute nouvelle installation ou même reprise de cabinet impossible pour ces deux spécialités (sauf dérogations).

L'arrêté cantonal a pris fin le 3 juillet 2005. Dès le 4 juillet 2005, une nouvelle ordonnance sur la clause du besoin est entrée en vigueur pour trois années supplémentaires. Le Conseil d'Etat Vaudois vient de se prononcer en faveur d'un nouvel arrêté d'application en juillet 2008.

f) Capacité d'accueil et numerus clausus

La Suisse ne forme pas assez de médecins, en effet, les cinq universités suisses forment 750 à 800 nouveaux médecins chaque année. Ces chiffres n'ont pratiquement pas changé depuis une vingtaine d'années. Ces jeunes médecins entrent alors, pour l'immense majorité d'entre eux, dans le système de formation postgraduée. La création de multiples spécialités, de sous-spécialités et plus récemment, l'augmentation du nombre de places de formation, liée à la diminution du temps de travail des assistants, ont entraîné la création de nombreux postes de

travail temporaires ou définitifs. Ce nombre de 800 nouveaux diplômés suisses est progressivement devenu insuffisant, compte tenu des nouveaux besoins des hôpitaux. On estime que près de 1400 postes de médecins doivent être remplacés chaque année dans le système hospitalier suisse.(16)

g) Le choix des étudiants en médecine

Dans une étude intitulée « Médecine de premiers recours : quel intérêt pour les étudiants en médecine ? » (20) , Michel Monnier tente d'évaluer l'attrait que peut avoir la médecine de premier recours pour les étudiants à la veille de leur examen final. Il apparaît que le nombre d'étudiants envisageant une formation de médecin de premier recours n'est pas négligeable du moins en 5^{ème} année (45,7 %) mais on voit que cet attrait s'étirole au cours des études (ce pourcentage tombe à 37,5% en 6^e année, soit après les stages cliniques) et probablement surtout lors de la formation postgraduée. Au cours des années d'assistantat, le futur médecin peut être séduit par une spécialité, impressionné par des chefs de service et influencé par le modèle hospitalo-universitaire auquel il est exposé. Ceci soulève la question du manque d'exposition des étudiants à la médecine générale ou plus globalement à la médecine de premiers recours durant la formation.

h) Durée de la formation

En France, la durée de formation d'un médecin généraliste est de 3 ans pour ce qui est de la formation postgraduée ou internat. En Suisse, l'absence d'un véritable cursus de formation en médecine générale et la difficulté pour les assistants à se former à l'exercice ambulatoire font qu'en moyenne il faut 7,76 ans pour former un médecin généraliste et ce en plus des 6 années d'études obligatoires avant le final. Ainsi le facteur "durée de formation" doit être pris en compte pour expliquer la pénurie et y apporter des solutions.

i) L'image de la médecine générale

Dans la même étude « Médecine de premiers recours : quel intérêt pour les étudiants en médecine ? » (20), 60,9% des étudiants de 6^e année envisagent une formation de spécialiste. Pour eux la médecine de premier recours n'est pas assez technique,

ni assez rigoureuse. La charge de travail avec ses effets sur la vie familiale et un salaire bas par rapport aux autres spécialités rendent ces étudiants réticents à s'engager dans une carrière de médecin de premier recours.

Est-il possible de remédier à ce déficit d'image et ce défaut d'attrait de la médecine générale? Comment valoriser la médecine générale et orienter le choix des étudiants vers cette discipline ?

Ces questions doivent être au cœur de la réforme actuelle de la formation des médecins.

1.2 Le contexte européen

La formation des médecins généralistes doit donc être repensée dans le contexte actuel de crise de la médecine générale. Elle nécessite une réforme visant à valoriser et rendre plus attrayante cette spécialité. Mais cette réforme ne peut se faire sans tenir compte des exigences européennes.

1.2.1 Le processus de Bologne et la réforme LMD

a) Définition

La réforme LMD (pour Licence ou Bachelor, Master Doctorat) a pour but l'harmonisation des parcours universitaires dans l'espace européen de l'enseignement supérieur. Sa mise en place est prévue pour l'horizon 2010.

Ces trois diplômes correspondent à trois niveaux (ou grades) : un Bachelor de 3 ans, un Master de 2 ou 3 ans et un Doctorat de 2 ou 3 ans.

b) Historique

Ce projet est né à Paris, à la Sorbonne, en mai 1998 de la volonté de 4 pays (l'Allemagne, la France, l'Italie et le Royaume-Uni) d'harmoniser l'architecture du système européen de l'enseignement supérieur et d'en renforcer la compétitivité. Un an plus tard (en juin 1999), à Bologne, les pays signataires « s'engagent à coordonner leur politique » autour de six objectifs nécessaires à la construction de « l'espace européen de l'enseignement supérieur » :

- mettre en place un système de diplômes lisibles et comparables (notamment grâce au supplément au diplôme)

- privilégier un système fondé sur deux cursus, avant et après la licence (qui doit sanctionner au moins trois ans d'études). Le cursus après la licence doit conduire au master et au doctorat
- mettre en place un système de crédits (ECTS)
- promouvoir la mobilité (facilitée par les crédits)
- promouvoir la coopération européenne en matière d'évaluation de la qualité
- promouvoir la dimension européenne, en particulier dans les programmes d'études et la coopération entre établissements.

Au final, ce sont 42 Etats qui adoptent cette réforme.

c) Vers une nouvelle architecture de l'enseignement supérieur

Le système LMD est mis en place dans les universités françaises dès la rentrée 2004. Cette harmonisation des diplômes européens doit donc permettre :

- les comparaisons et les équivalences européennes
- la mobilité nationale et internationale des étudiants
- une meilleure lisibilité des diplômes sur le marché du travail
- une construction individuelle par chaque étudiant de son parcours de formation par rapport à son projet professionnel à son rythme.

▪ **Les grands principes du système LMD**

Les trois grades Licence Master et Doctorat sont communs à tous les pays de l'espace européen de l'enseignement supérieur. Les formations sont découpées en semestres. Chaque semestre compte pour 30 crédits ECTS (European Credits Transfer System). Ce système de Crédits Européens est un dispositif de validation d'acquis. Les crédits européens constituent une unité de compte qui permet de valider des enseignements suivis en France ou à l'étranger, ainsi que les acquis de l'expérience. Le système est composé d'Unités d'Enseignement (UE). Chaque UE a une valeur en crédits et correspond au nombre d'heures de travail (cours, travaux dirigés, travaux pratiques, travail personnel) que l'étudiant doit fournir pour obtenir son UE. A chaque grade et chaque titre correspond un volume précis d'ECTS. Ils sont :

- capitalisables : la validation d'une Unité d'Enseignement (UE) et des crédits ECTS associés est acquise définitivement quelque soit la durée du parcours
- transférables en France et en Europe (par UE)
- applicables à l'ensemble du travail de l'étudiant. Toutes les activités et les formes d'enseignement dont les stages, les mémoires, les projets et le travail personnel sont prises en compte grâce à un contrôle continu renforcé et régulier.

▪ **Licence Master Doctorat**

L'architecture des études s'organise en 3 grades suivants : système 3, 5,8.

- Licence L : bac + 3 (L1, L2, L3)
La licence se déroule sur 6 semestres et est validée par l'obtention de 180 crédits ECTS.
- Master M : bac + 5 (M1 et M2)
Le master se déroule sur 4 semestres et est validé par l'obtention de 120 crédits ECTS. Il remplace les DEA et DESS et comporte 2 orientations : master professionnel (ex DESS) et master recherche (ex DEA). Le master peut comporter une mention et éventuellement une spécialité qui peut être déclinée en voie "recherche" ou "professionnelle" comme par exemple : master Sciences et technologie, mention Biologie, Géosciences, Agro-ressources, Environnement, spécialité Terre, Eau, Environnement (recherche).
- Doctorat D : bac + 8
Le doctorat se déroule sur 6 semestres et est validé par l'obtention de 180 crédits ECTS supplémentaires.
- Le diplôme supplémentaire :
Avec le diplôme, l'étudiant reçoit un supplément au diplôme. Ce document détaille son parcours: les connaissances acquises, les activités en lien avec la formation. Enfin, le Deug (L2) et la Maîtrise (M1) deviendront des diplômes intermédiaires ou titres et resteront délivrés à ceux qui le souhaitent.

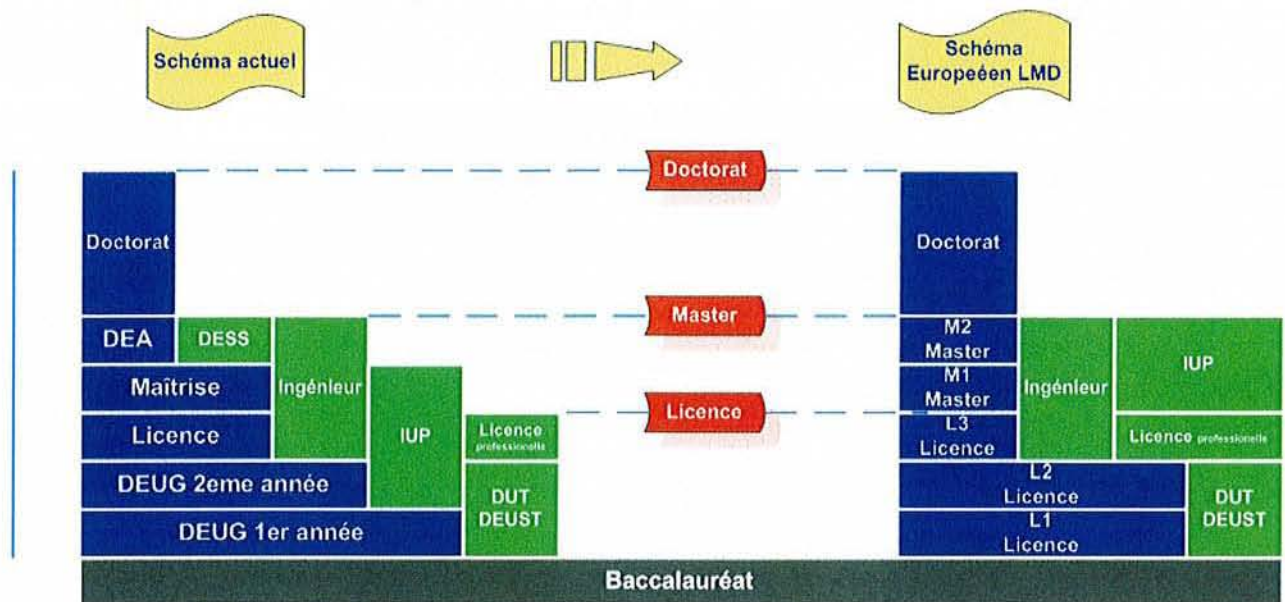


Figure 2 : Schéma des études supérieures selon la réforme LMD en France

1.2.2 Les directives européennes

a) La libre circulation des médecins et un début de critériation de la formation médicale minimale

▪ Les directives 75(362)CEE et 75(363)CEE du 16 juin 1975

La directive 75(362)CEE (21) oblige les pays membres à une reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecins européens et comporte des mesures pour faciliter l'exercice effectif (en tant que salarié et indépendant) du droit d'établissement et la libre prestation de services dans le cadre du régime national de sécurité sociale du pays d'accueil.

Signée le même jour, la directive 75(363) (22) vise la coordination législative, réglementaire et administrative concernant l'activité des médecins, principalement des médecins spécialistes.

La formation des omnipraticiens, indirectement visée dans les dispositions de la directive 75(362) relatives à la formation médicale minimale soit la formation sans qualification, se résume à la seule validation du tronc médical commun d'une durée de 6 ans.

Pour le conseil de l'Europe, la formation complémentaire en médecine générale n'est donc pas reconnue comme nécessaire et n'est donc pas obligatoire pour prétendre exercer la médecine générale dans un autre pays membre. La directive 75(363)

prévoit néanmoins certaines dispositions afin de coordonner la formation médicale de base à savoir un minimum de 6 ans d'études comprenant un enseignement théorique d'au moins 5500 heures ainsi qu'une formation pratique. Cette formation devra obligatoirement permettre l'acquisition des connaissances et compétences suivantes :

- Connaissance adéquate des sciences sur lesquelles se fonde la médecine, ainsi qu'une bonne compréhension des méthodes scientifiques, y compris des principes de la mesure des fonctions biologiques, de l'appréciation des faits établis scientifiquement et de l'analyse de données;
- Connaissance adéquate de la structure, des fonctions et du comportement des êtres humains, en bonne santé et malades, ainsi que des rapports entre l'état de santé de l'homme et son environnement physique et social;
- Connaissance adéquate des matières et des pratiques cliniques lui fournissant un aperçu cohérent des maladies mentales et physiques, de la médecine sous ses aspects préventifs, diagnostique et thérapeutique, ainsi que de la reproduction humaine;
- Expérience clinique adéquate sous surveillance appropriée dans des hôpitaux.

- **La résolution 77(30) (23)**

La résolution 77(30) du 28 septembre 1977 sur l'omnipraticien « comment le former et susciter sa vocation » redéfinit le rôle et la place du médecin généraliste, elle met l'accent sur la nécessité d'une formation spécifique en médecine générale qui devrait débiter dès le début des études pour constituer « la formation médicale de base » puis devrait se poursuivre dans le cadre d'une formation complémentaire spécialisée en médecine générale et tout au long de l'exercice médical sous la forme d'une formation continue spécialisée en médecine générale au même titre que les autres spécialités. Cette résolution définit les objectifs minima de la formation de base en médecine générale (Annexe 2).

- **La directive 86(457) CEE (24)**

La directive 86(457) CEE du 15 septembre 1986 définit pour la première fois des critères généraux de formation complémentaire spécifique en médecine générale soit

2 ans de formation au total comprenant un minimum de 6 mois en milieu hospitalier et 6 mois au moins au cabinet de médecin généraliste agréé. Elle prévoit l'obligation de formation spécifique en médecine générale pour tout médecin généraliste.

- **La directive 93/16/CEE (25)**

La directive 93/16/CEE du 5 avril 1993 vise à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, certificats et autres titres.

Elle fait état des conditions de formation et d'exercice des médecins telles qu'elles sont exigées actuellement au sein de la communauté européenne et dans les pays associés. Elle correspond à la synthèse et la codification des directives 75(362)CEE et 75(363)CEE plusieurs fois modifiées substantiellement et y incorpore la directive 86(457)CEE.

- **Le comité consultatif pour la formation des médecins généralistes**

En 1995, le comité consultatif pour la formation des médecins généralistes (C.C.F.M) de la commission européenne, lors de sa réunion du 3 et 4 octobre, rédige un premier rapport sur l'application des dispositions de la directive 93(16)CEE dans les divers états membres. A la suite de ce rapport, de nouvelles recommandations, approuvées par une large majorité de pays membres et visant l'amélioration de cette formation spécifique, voient le jour. Le C.C.F.M recommande ainsi l'extension à 3 ans de la formation complémentaire spécifique en médecine générale et l'augmentation à 12 mois puis 18 mois des durées minimales de formation en soins primaires de médecine générale. Il recommande, par ailleurs, que la formation spécifique en médecine générale devienne l'unique filière de formation pour l'ensemble des médecins généralistes sous-entendant omnipraticiens conventionnés et privés.

b) Les accords bilatéraux entre la Suisse et l'Union Européenne et la commission fédérale des professions médicales (MEBEKO)

Les accords bilatéraux I, conclus en 1999 entre la Suisse et l'Union européenne, concernent sept domaines spécifiques (dont la libre circulation des personnes), domaines faisant chacun l'objet d'un accord sectoriel. Ces accords règlent, d'une part, la reconnaissance mutuelle des diplômes des quatre professions médicales (médecin, dentiste, vétérinaire, pharmacien) et, d'autre part, la reconnaissance mutuelle des titres postgrades en médecine humaine et en médecine dentaire.

Les titres de formation postgraduée de la directive 93/16 de l'UE sont assimilés aux titres fédéraux correspondants. La reconnaissance des titres de médecins étrangers est du ressort de la Commission fédérale des professions médicales (MEBEKO). Le médecin doit maîtriser l'une des langues nationales suisses (allemand, français, italien, romanche).

Selon la législation suisse, un diplôme étranger ne peut être reconnu que si un traité sur la reconnaissance réciproque des diplômes a été conclu avec l'Etat concerné. Un tel accord n'existe qu'avec les Etats membres de l'UE et ceux de l'AELE. La reconnaissance directe (diplôme décerné dans un Etat contractant) se distingue de la reconnaissance indirecte (diplôme décerné dans un pays tiers et reconnu par un Etat contractant).

▪ **Reconnaissance directe des diplômes**

L'ensemble des conditions suivantes doivent être remplies pour qu'un diplôme décerné dans l'espace UE/AELE soit reconnu en Suisse :

- le requérant possède la nationalité de l'un des pays membres de l'espace UE/AELE (ou son conjoint a la nationalité de l'un des pays membres de l'UE/AELE ou la nationalité suisse).
- le diplôme faisant l'objet de la demande (y compris les éventuelles attestations y afférentes) est conforme aux dispositions de la directive UE concernée ou de la convention AELE.
- le diplôme (y compris les éventuels certificats y afférents) a été délivré par l'autorité mentionnée dans la directive UE concernée ou la convention AELE.

▪ **Reconnaissance indirecte des diplômes (« reconnaissance de la reconnaissance »)**

Si un Etat contractant reconnaît un diplôme décerné dans un Etat tiers (diplôme décerné hors UE/AELE), la Suisse n'est contrainte ni par l'accord sur la libre circulation des personnes entre l'UE et la Suisse, ni par les directives UE de reconnaître automatiquement ce même diplôme. En se basant sur l'accord de libre circulation, sur les directives UE et sur la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes, le Comité directeur des examens fédéraux pour les professions médicales a décidé que la Suisse peut procéder à la « reconnaissance

de la reconnaissance » uniquement lorsque le requérant a rempli l'ensemble des conditions suivantes :

- le requérant possède la nationalité de l'un des Etat membres de l'UE (ou son conjoint a la nationalité de l'un des pays membres de l'UE/AELE ou la nationalité suisse);
- il est autorisé à exercer son activité professionnelle sans restriction et bénéficie des mêmes droits dans l'Etat qui a reconnu son diplôme que les personnes y ayant effectué leur formation complète et ayant obtenu leur diplôme conformément à la directive UE concernée;
- il a obtenu un titre postgrade dans l'Etat en question ou justifie d'une expérience professionnelle de la médecine clinique récente (d'au moins trois ans), c'est-à-dire achevée au cours des cinq dernières années, en Suisse et/ou dans l'Etat ayant reconnu le diplôme;
- il dispose de bonnes connaissances d'une des langues officielles de la Suisse.

▪ **Reconnaissance de diplômes de Roumanie et de Bulgarie**

Bien que la Bulgarie et la Roumanie fassent partie de l'Union Européenne depuis janvier 2007, il n'existe pour le moment aucun accord de réciprocité entre la Suisse et ces deux Etats, excluant actuellement toute reconnaissance formelle de diplômes. Cette situation s'explique par le fait que la Suisse n'est pas membre de l'Union Européenne et que l'accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) qu'elle a conclu avec la Communauté européenne est un accord dit statique. Or ce type d'accord n'est valable que pour les Etats qui l'ont ratifié. L'ALCP ne s'étend donc pas automatiquement aux nouveaux Etats membres. Une telle extension nécessite tout d'abord la conclusion des négociations entre la Suisse et la Communauté européenne, l'approbation de l'accord additionnel (ce qui peut conduire à une votation populaire en Suisse) puis, finalement, la ratification.

Les autres titres de formation postgraduée étrangers ne peuvent être reconnus. En revanche, des périodes de formation accomplies à l'étranger peuvent être validées pour l'obtention d'un titre fédéral postgrade. Les périodes de formation postgraduée effectuées à l'étranger sont reconnues entièrement ou partiellement pour un titre

postgrade fédéral, pour autant qu'elles répondent aux prescriptions de la réglementation de la FMH pour la formation postgraduée.

1.2.3 La Wonca Europe : vers une harmonisation des pratiques en médecine générale.

Il existe des différences significatives dans l'organisation des systèmes de soins et la pratique de la médecine de famille en Europe. Pour les pays de l'Union Européenne et les pays associés, la formation médicale est gouvernée par la Directive EU 93/16 (25) dont l'objectif premier est de promouvoir la liberté de mouvement des médecins. Cette Directive n'insiste cependant pas assez sur le contenu et la qualité d'une formation postgraduée. Il est donc évident et essentiel pour la santé des patients que les médecins de famille bénéficient d'une formation qui leur donne les compétences nécessaires pour pratiquer dans tous les pays membres. (Annexe 3)

La WONCA ou World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, ou World Organization of Family Doctors a été créée en 1972. Wonca est l'acronyme pour organisation mondiale de collèges nationaux, académies et associations des médecins généralistes et médecins de famille ou encore organisation mondiale des médecins de famille. Son siège est à Singapour, et elle regroupe maintenant 79 pays, dont la France. Elle est subdivisée dans son organisation selon les continents et grandes régions mondiales (WONCA Europe, WONCA Africa, America, Asia Pacific, Middle East South Asia, IberoAmericana-CIMF).

Wonca Europe est la branche régionale européenne de la Wonca. Elle dispose de plus de 40 organisations membres et représente plus de 45000 médecins de famille en Europe. Elle représente une société académique et scientifique pour les médecins généralistes en Europe. Son rôle principal est de promouvoir et développer la discipline pour obtenir et maintenir un haut niveau d'éducation, de formation, de recherche et de pratique clinique au bénéfice individuel des patients et de la communauté. La société vise à stimuler la création de réseaux entre les médecins généralistes ayant un intérêt dans le développement professionnel, la recherche, l'éducation et l'amélioration de la qualité des soins. A cette fin, la société organise

chaque année un colloque européen et d'autres réunions. La WONCA Europe est constituée principalement de trois réseaux et groupes de réflexion :

- Enseignement (European Academy of Teachers in General Practice ou EURACT)
- Recherche (European General Practice Research Network ou EGPRN)
- Qualité des soins (European Association for Quality in General Practice ou EQUIP)

Elle a pour but de maintenir des standards de qualité, d'améliorer l'efficacité des soins primaires en Europe. Elle assure également la coordination avec les autres régions mondiales, avec notamment les grands congrès annuels, dont celui de Paris 2007 et dont la prochaine édition, après Istanbul en 2008, aura lieu en Suisse à Bâle en 2009. Elle produit enfin une publication scientifique indexée paraissant 4 fois par an : l'European Journal of General Practice (EJGP)

Elle s'est donnée un programme ambitieux à mener durant la prochaine décennie, autant d'objectifs stratégiques à mettre en œuvre :

- Instaurer une formation à la médecine générale obligatoire dans les premiers cycles de toutes les facultés de médecine d'Europe.
- Installer des départements de médecine générale dans toutes les universités médicales d'Europe.
- Proposer une période consacrée à la médecine générale à tout étudiant en formation de 3ème cycle
- Mettre en œuvre une formation professionnelle spécifique à la médecine générale, dans tous les pays de la communauté Européenne, en concordance avec la directive de l'Union Européenne, et dans les pays ne faisant pas encore partie de la Communauté.
- Assurer le développement continu de la médecine générale basée sur la recherche.
- Favoriser le développement de la qualité fondée sur des niveaux de preuve dans tous les pays européens
- Inciter et soutenir la discussion sur la formation professionnelle continue obligatoire et la re-certification.

- Soutenir la création de départements et d'unités de recherche pour la formation médicale continue.
- Respecter l'équilibre entre prévention, diagnostic, soins et pratiques en médecine générale.
- Améliorer la prise de conscience de la responsabilité du médecin généraliste envers ses patients mais aussi envers la société dans son ensemble.

C'est donc dans ce contexte de pénurie de médecins et de nécessaire harmonisation européenne que la formation des médecins généralistes connaît de profonds changements. Il s'agit ici de comparer la formation initiale des médecins généralistes en France et en Suisse en s'appuyant sur l'exemple des facultés de médecine de Nancy et de Lausanne. Nous verrons également quelles sont les mesures visant à valoriser la médecine générale mises en place dans ces deux facultés.

2 Matériel et méthode

2.1 Matériel

L'idée de ce travail de thèse nous est venue à l'époque où nous travaillions avec le Département universitaire de Médecine Générale de la faculté de médecine de Nancy et dans le cadre de ma présidence de RAOUL-IMG, association représentant les internes de médecine générale de Lorraine. Déjà en 2004, nous nous inquiétions de cette pénurie de médecins généralistes et surtout nous oeuvrions pour une reconnaissance universitaire de la médecine générale en collaboration avec l'ISNAR-IMG, syndicat national représentant les internes de médecine générale de France. La valorisation de la formation en médecine générale devenait une priorité à notre échelle mais aussi à l'échelle européenne.

Nous nous sommes donc intéressés à la formation des médecins généralistes en Suisse avec pour objectifs :

- comparer les formations initiales des médecins généralistes en France et en Suisse afin de mettre en lumière les similitudes et les différences entre ces deux formations.
- analyser les mesures visant à valoriser la médecine générale, développées dans les facultés de médecine de Nancy et de Lausanne.

2.2 La méthode

2.2.1 Le recueil des données.

Il s'agit d'une étude comparative de deux systèmes de formation pour laquelle le recueil des données repose essentiellement sur notre expérience sur le terrain ainsi que des entretiens avec des spécialistes de la formation en médecine générale à Lausanne :

- La découverte le système de formation des médecins généralistes en Suisse à l'occasion d'un stage hospitalier et d'un stage ambulatoire à Lausanne :

Ces deux stages ont pu être effectués dans le cadre d'un projet de stage interCHU et d'un projet de stage à l'étranger. Cette expérience de terrain nous a permis de nous familiariser avec le système de formation des médecins suisses . Nous avons découvert la formation des médecins assistants vaudois en travaillant d'abord au Département de Médecine Interne générale(DMI) du CHU vaudois puis à la consultation ambulatoire de médecine générale de la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) de Lausanne.

- Les entretiens avec des spécialistes de la formation en médecine générale :

Nous avons choisi d'organiser les entretiens avec différents spécialistes du sujet (échantillonnage en fonction de la représentativité selon Miles et Huberman).La méthode choisie est celle de l'entrevue semi-dirigée. Les sujets des entretiens ont été prédéterminés et limités.

Nous avons choisi d'aborder les thèmes suivants :

- La démographie médicale suisse
 - Les différentes données statistiques : pénurie ou pléthore de médecins généralistes ?
 - Les facteurs de la pénurie
- La formation prégraduée
 - La sélection
 - La réforme des études médicales
 - L'enseignement spécifique de la médecine générale
- La formation postgraduée
 - Le choix des spécialités
 - La formation FMH de médecine générale
 - L'assistantat au cabinet
- La valorisation de la formation en médecine générale
 - L'enseignement de la médecine générale durant les études
 - Le stage au cabinet et le parrainage
 - Le cursus romand de médecine générale

- L'assistanat au cabinet

Nous avons choisi de ne pas enregistrer les entretiens afin d'éviter de mettre mal à l'aise nos interlocuteurs. Nous avons préféré prendre des notes notamment sur les propos que nous voulions éclaircir.

Nous avons proposé l'envoi de notre travail à chacun de nos interlocuteurs. Au décours de chaque entretien un document de travail en rapport avec le thème abordé durant l'entrevue nous a été remis ou envoyé par courriel par les personnes interrogées. Ces documents reprenaient plus en détails les points abordés durant l'entretien.

- La participation au forum devenir généraliste

Nous avons participé au forum « Devenir Généraliste » qui a eu lieu le 29 septembre 2007 à la faculté de médecine et de biologie de Lausanne.

- L'outil internet pour consulter les sites officiels et textes de lois.

L'internet a été un outil précieux pour consulter les sites recommandés lors des entretiens. Nous avons également suivi une formation à la recherche bibliographique dans les bases de données suisses.

2.2.2 Les entretiens semi-structurés.

Il s'agit d'entretiens semi-structurés avec des spécialistes de la formation en médecine générale. Les thèmes abordés selon une grille d'entretien (Annexe 4) ont été choisis selon le domaine de compétence de l'interlocuteur.

Au cours d'un contact téléphonique préliminaire, nous avons expliqué la problématique de notre recherche, ses buts, sa méthodologie ainsi que les raisons qui nous ont amené à identifier la personne contactée comme répondant. Nous leur avons précisé également la durée approximative de l'entretien (environ une heure) et expliqué qu'il ne sera pas enregistré sur magnétophone. Suite à leur accord, il est convenu de la date et du lieu de la rencontre, dont le choix leur est laissé. Voici un résumé de ces entretiens dans l'ordre où ils ont été effectués :

a) Entretien avec le professeur Alain Pécoud

Lors de cet entretien, les thèmes abordés étaient la pénurie et le généralisme en médecine. Monsieur le professeur Alain Pécoud est directeur de la Polyclinique Médicale Universitaire et du Département Universitaire de Médecine Sociale et Communautaire de Lausanne, il est l'auteur de nombreux articles sur le thème de la pénurie des médecins en Suisse et sur la question de la promotion de la médecine générale. Il a accueilli avec enthousiasme mon projet de thèse. Selon lui, les autorités suisses prennent seulement conscience de la pénurie à venir des médecins, en particulier, des futurs généralistes. Jusqu'à aujourd'hui les nombreuses études parues sur la démographie médicale plaidaient en faveur d'une pléthore de médecins mais en se basant sur des données erronées sans tenir compte de la féminisation de la profession médicale ni du développement du travail à temps partiel. La nouvelle génération, qu'il nomme « *génération X* », se caractérise par la recherche d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie familiale. Or, ce sont les membres de cette « *génération X* » qui sont appelés à remplacer les « *baby boomers médecins* » qui cherchent à remettre leur cabinet maintenant. Il considère que pour pallier à cette pénurie, « *il serait sage, et simple, de demander aux pouvoirs politiques de ne pas aggraver la situation avec des mesures visant à limiter l'installation de nouveaux médecins(...). Une réflexion plus profonde portant sur la formation des médecins de demain est certainement nécessaire.* »(18)

Lors de cet entretien, nous avons aussi abordé le rôle de la PMU dans la formation en médecine générale et plus particulièrement la formation à l'activité ambulatoire, son rôle dans la formation médicale continue et dans la promotion de la recherche en médecine générale ambulatoire.

b) Entretien avec Mesdames Airelle Buff et Brigitte Martin- Béran du service de la Santé Publique du canton de Vaud.

Lors de cet entretien, le thème abordé était la démographie médicale. Nous avons rencontré madame Airelle Buff, chargée de recherche au service de la santé publique du canton de Vaud afin de connaître les différentes études sur la démographie médicale suisse parues ou à paraître. Elle nous a cité un certain nombre d'études qui font référence en matière de santé publique suisse comme

l'étude « Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse »(17) et surtout elle nous a parlé d'une étude en cours sur la relève des médecins vaudois commandée par le département de la santé et de l'action sociale du service de la santé publique de l'état de Vaud intitulée : « Enquête 2006 auprès des étudiants de 2^{ème} et 6^{ème} années, des assistants et des chefs de clinique: perspective sur l'évolution du nombre de médecins de premier recours »(26). L'objet de l'étude était de répondre à deux questions : Existe-t-il une pénurie de médecins de premier recours dans le canton de Vaud? Quels sont les déterminants du choix de spécialité des étudiants en médecine ?

Cette étude étant encore confidentielle au moment de mon travail de recueil des données, nous avons rencontré ensuite Madame Brigitte Martin- Béran, également du service de la santé publique du canton de Vaud, afin d'obtenir l'autorisation d'accéder aux résultats de cette étude avant sa parution.

c) Entretien avec le Docteur Raphael Bonvin

Lors de cet entretien, les thèmes abordés étaient le processus de Bologne et la réforme des études médicales.

L'entretien avec le Docteur Bonvin, responsable de l'unité pédagogique de l'école de médecine de Lausanne, en charge du dossier sur la réforme des études médicales, a été un des plus longs tellement la question de la réforme des études médicales est un sujet complexe surtout pour nous qui sommes étrangers au système. Le Docteur Bonvin nous a expliqué en détails la réforme des études médicales débutée il y a maintenant cinq ans à Lausanne, une réforme qui s'inscrit dans le contexte européen et qui tient compte de la nécessaire valorisation de la médecine générale. Il nous a présenté en avant-première le nouveau curriculum des études médicales (Annexe 5) en nous précisant que l'organigramme actuel pouvait être amené à évoluer d'ici à la rentrée universitaire de 2008.

d) Entretien avec le Docteur Julien Ombelli

Lors de cet entretien, les thèmes abordés étaient la formation prégraduée et la valorisation de l'enseignement de la médecine générale.

Le Docteur Julien Ombelli médecin généraliste et chef de clinique est chargé du dossier « Module Généralisme » et de l'enseignement de la médecine générale à la PMU (cours blocs). Il consacre une part de son activité à la valorisation de la médecine générale par le renforcement de l'enseignement de cette discipline durant les études. Selon lui, il est primordial que la médecine générale soit enseignée dès le prégradué car c'est à ce moment que se fait le choix de spécialité des étudiants. Il nous a présenté la place attribuée à l'enseignement de la médecine générale à travers différents modules répartis sur les différentes années du prégradué. Il nous a présenté en particulier le module généralisme, point fort de cette réforme, et ses objectifs.

Il a abordé le rôle essentiel qu'allait jouer la PMU dans la formation prégraduée dès la rentrée 2009 avec la mise en place d'un stage obligatoire pour les étudiants et des cours blocs (stage le matin et cours de médecine générale ambulatoire l'après-midi) à la policlinique.

e) Entretien avec le Docteur Frédéric Fellrath, médecin généraliste et maître de stage.

Lors de cet entretien, les thèmes abordés étaient la formation FMH de médecine générale et le projet vaudois de stage en cabinet pour les assistants .

Le Docteur Fellrath nous a présenté les objectifs FMH de formation en médecine générale et nous a fait part de ses critiques à l'égard de la formation postgraduée des médecins généralistes en Suisse. Selon lui, les médecins généralistes ne sont pas suffisamment formés à l'exercice ambulatoire. Même si aujourd'hui un médecin généraliste a une formation postgraduée plus longue qu'en France, cette formation se fait essentiellement en milieu hospitalier. Les assistants ne sont pas assez préparés à leur futur métier : celui de médecin en cabinet seul ou en cabinet de groupe, d'où l'importance d'un assistantat au cabinet de 6 mois à 1an.

Il nous également présenté le projet vaudois d'assistantat au cabinet , projet élaboré avec la collaboration du Collège de Médecine de Premier Recours (CMPR) et l'Institut universitaire de Médecine Générale (IUMG) .

f) Entretien avec le Docteur Thomas Bischoff, médecin généraliste responsable de l'IUMG.

Lors de cet entretien, le thème abordé était la valorisation de l'enseignement de la médecine générale et de la formation au cabinet .

Nous avons évoqué le rôle que joue l'IUMG dans la promotion de la médecine générale notamment à travers le parrainage, les stages au cabinet du praticien, le recrutement et la formation des maîtres de stage , la création du cursus romand de médecine générale (CRMG) pour faciliter la formation postgraduée en médecine générale. Le Docteur Bischoff a insisté sur l'importance d'une reconnaissance universitaire de la médecine générale et l'intérêt d'un enseignement de la discipline dès le prégradué.

g) Entretien avec le Docteur Etienne Fréchelin, médecin généraliste enseignant à l'initiative du CRMG.

Lors de cet entretien, le thème abordé était le CRMG et ses objectifs de formation en médecine générale. Il nous a présenté le CRMG, son rôle, le bilan depuis sa mise en place. Il nous a remis le modèle de contrat pédagogique signé par les médecins assistants lors de leur engagement dans le CRMG (Annexe 6), les critères de qualité des terrains de stage du CRMG (Annexe7) et des exemples de plan de formation de médecins engagés dans le cursus romand (Annexe 8). Il a insisté sur la nécessaire valorisation de la formation au cabinet du praticien.

2.2.3 Le forum « devenir généraliste »

Le 29 septembre 2007 avait lieu le forum « Devenir Généraliste » à la faculté de médecine de Lausanne. Ce forum a été un franc succès rassemblant un grand nombre de médecins assistants et surtout des étudiants venus partager leurs interrogations, leurs doutes mais aussi leurs espoirs et leurs attentes à un moment clé de leur orientation professionnelle. Ils ont été accueillis par des médecins aînés, praticiens expérimentés avec leur vécu, leurs convictions et leur enthousiasme pour la médecine générale. Différents thèmes ont été abordés afin de répondre à une question très concrète : Comment devenir médecin généraliste en Suisse Romande ?

Le forum a débuté par la présentation de l'enquête 2006 sur la relève des médecins dans le canton de Vaud (26) puis s'est poursuivi par des ateliers avec pour thèmes :

- Douze bonnes raisons de devenir généraliste.
- De quelle formation postgraduée ai-je besoin ?
- Un étudiant dans mon cabinet.
- Un assistant dans mon cabinet.
- Je m'installe : le parcours du combattant ?
- Je m'installe : seul ou en groupe ? ville ou campagne ?
- Installation en couple.
- Femme et généraliste.
- Recherche en médecine générale.

Nous avons participé à ces ateliers afin de compléter les données recueillies lors des entretiens.

Pour clôturer ce forum, une présentation du CRMG nous a été faite par le Docteur Brinkley Bruce de l'UEMG (unité d'enseignement de médecine générale) de Genève. Ce forum a débouché sur la création d'un site internet www.devenirgeneraliste.ch, précieuse source d'informations pour ceux qui s'intéressent à la formation des médecins généralistes vaudois et romands.

2.2.4 L'outil informatique

a) Formation à la recherche bibliographique (les différentes bases de données suisses)

Nous avons bénéficié d'une formation d'une demi-journée sur la méthode de recherche dans les bases de données bibliographiques suisses romandes. Le but était de nous familiariser avec entre autres :

- le réseau SAPHIR, base de données de santé publique suisse
- la base de données Perunil qui rassemble 4000 périodiques en texte intégral
- la base Rero, réseau des bibliothèques de Suisse occidentale.

b) Les sites visités : source d'une multitude d'informations

L'internet a été un outil précieux dans notre recueil de données, la plupart des sites nous ont été recommandés lors de nos entretiens et ont été consultés pour la dernière fois en janvier 2009

- le site de la PMU: www.polimed.ch/
- le site de l'IUMG, institut universitaire de médecine générale:
http://www.polimed.ch/pmu_home/pmu_iumg_intro.htm
- le site de l'UEMG: www.uemg.ch/
- le site de l'école de médecine de Lausanne : www.unil.ch/
- le site de la FMH, fédération des médecins helvétiques:
www.fmh.ch/ww/fr/pub/welcome.htm
- le site Devenir Généraliste: www.devenirgeneraliste.ch/
- le site de l'office fédéral de santé publique :
www.bag.admin.ch/index.html?lang=fr
- le site de l'institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne: www.iumsp.ch/
- le site de l'obsan, observatoire suisse de la santé :
<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/01.html>
- le site de la SSMG, société suisse de médecine générale : www.ssmg.ch/
- le site de du CMPR, collège de médecine de premiers recours :
www.kollegium.ch/

2.3 La transcription des données

La transcription des données n'a pas été réalisée mot à mot car nous avons choisi de ne pas enregistrer les entretiens. Nous avons plutôt fait un tri et retranscrit les informations qui nous paraissaient pertinentes pour notre travail comme les points communs et les différences dans la formation des médecins suisses par rapport à la France à partir des entretiens, des documents de travail issus des entretiens, des textes de références et des sites internet visités.

2.4 L'analyse des données

C'est l'analyse du contenu des entretiens combinée à l'analyse des informations recueillies dans les documents de travail remis par les personnes interrogées et celles recueillies en consultant les sites internet, les textes de références et en participant au forum Devenir Généraliste.

La catégorisation des données est induite par la méthode puisque nous avons choisi d'interroger un spécialiste par thème, chaque atelier du forum n'abordait lui même qu'un thème et que chaque thème correspond à une étape de la formation des médecins généralistes (formation prégraduée, stage au cabinet, formation postgraduée, assistantat au cabinet).

3 Résultats

3.1 Les études de médecine

3.1.1 Présentation générale des cursus d'études en France et en Suisse.

a) Le cursus français

Les études de médecine en France sont organisées en trois cycles et ont une durée de 9 à 11 ans suivant la filière choisie dont 6 ans de tronc commun. Le cursus comprend deux examens importants: le concours sélectionnant de fin de première année et l'examen de fin de deuxième cycle appelé ECN (Examen Classant National). Les étudiants choisissent leur spécialité future en fonction de leur classement à ce deuxième examen.

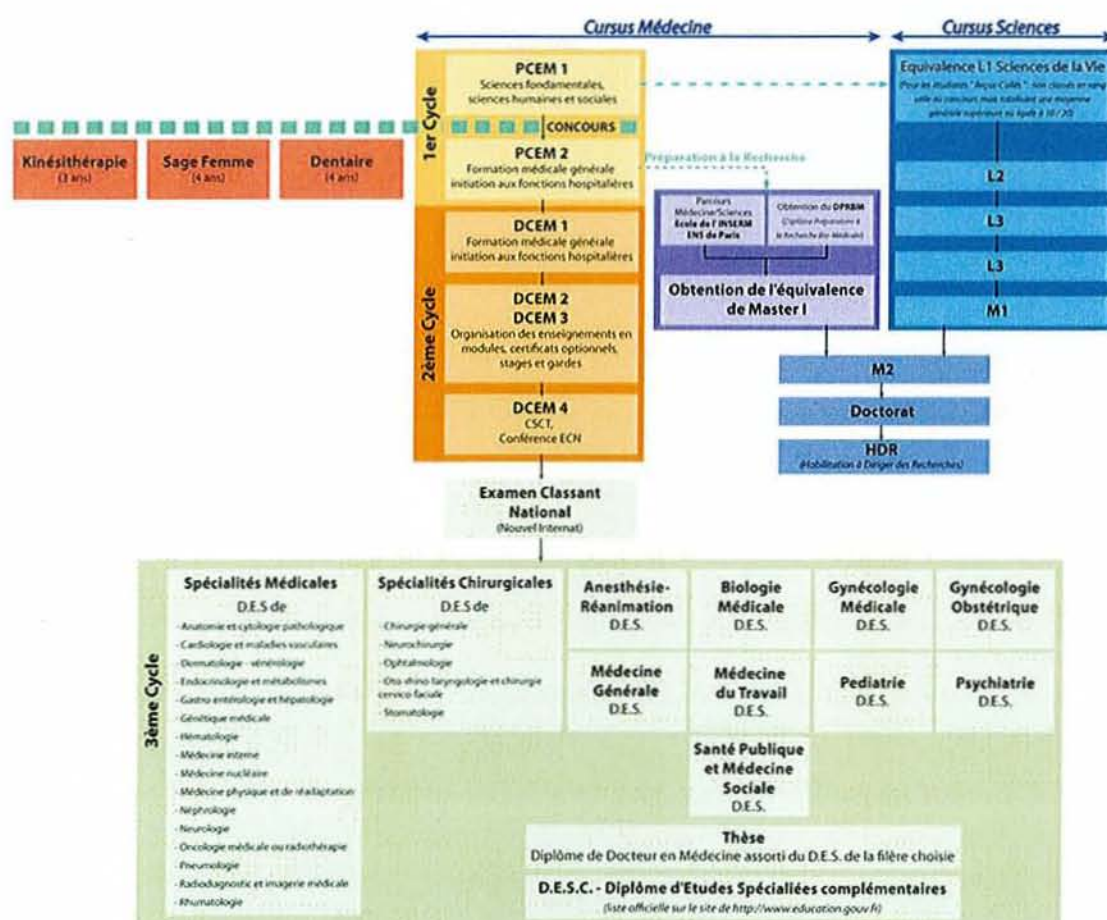


Figure 3: schéma des études de médecine en France (Source ANEMF)

Le tronc médical commun se compose de deux cycles qui se déroulent conformément aux directives européennes sur six ans :

- Le premier cycle des études médicales (PCEM) dure deux ans avec la PCEM1, année du concours sélectif et la PCEM2. Durant ces deux premières années, l'enseignement comprend les sciences fondamentales, les sciences humaines et l'anglais.
- Le deuxième cycle des études médicales (DCEM) compte quatre années :
La DCEM1 correspond à la 1^{ère} année du deuxième cycle soit la 3^{ème} année d'études de médecine. L'enseignement des sciences fondamentales se poursuit et l'enseignement clinique débute. Les trois années suivantes : DCEM2, DCEM3 et DCEM4 correspondent à l'Externat. L'enseignement clinique se poursuit en stage à l'hôpital ou au cabinet à mi-temps.
- Le troisième cycle correspond à l'internat et dure trois à cinq ans selon la spécialité choisie. L'accès au troisième cycle des études de médecine a été réformé en 2004 avec la mise en place de l'ENC qui remplace l'ancien concours de l'internat. A l'issue de ce nouvel examen obligatoire pour tous, les étudiants choisissent leur filière parmi 11 disciplines dont la médecine générale. La thèse est obligatoire et donne le droit d'exercer.

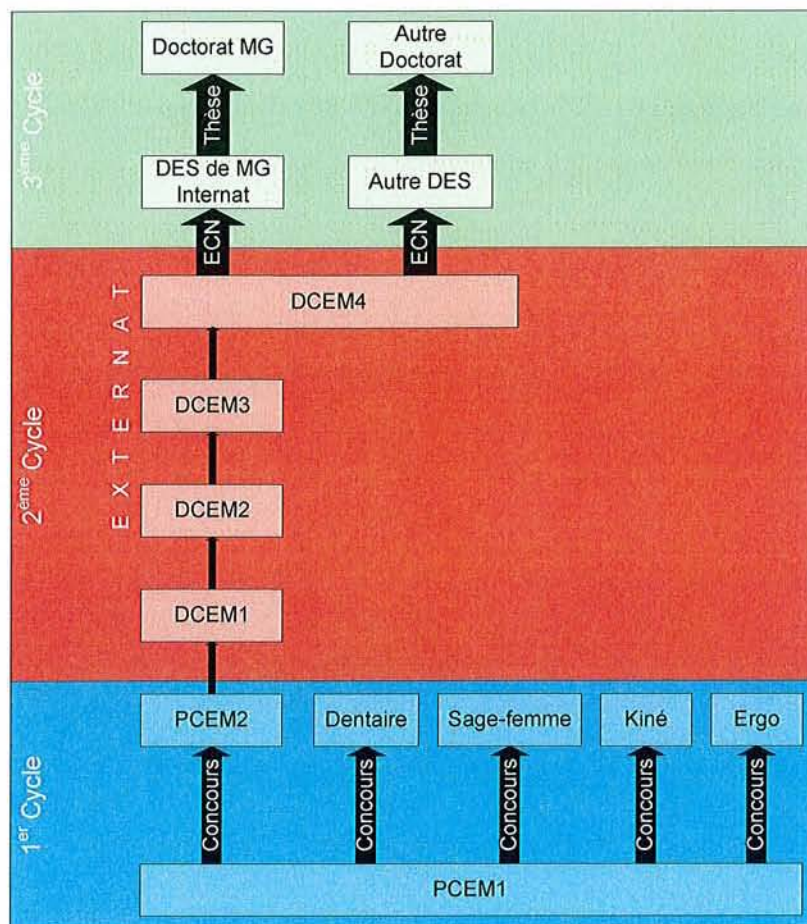


Figure 4: Schéma des études de médecine en France.

L'organigramme actuel est amené à évoluer afin d'aligner le cursus des études de médecine avec les recommandations de Bologne. L'année PCEM 1 deviendrait à la rentrée 2010 "Licence 1 santé" et serait commune aux études médicales, dentaires, de pharmacie et de sages femmes. Les passerelles vers les autres licences devraient être favorisées.

b) Le cursus suisse

Les études de médecine (ou tronc commun) en Suisse durent aussi six ans. Il n'y a pas de concours en première année.

Dans l'ancien cursus valable jusqu'en 2004, les études s'organisent en trois phases :

- la première phase (1^{ère} année) permet l'acquisition des bases fondamentales en médecine humaine et les sciences humaines.
- La deuxième phase (2^e à 4^e année) dite "clinique propédeutique " abordant l'étude des fonctions normales et pathologiques.

- La troisième phase (5^e et 6^e années) dite "immersion clinique " comprenant un enseignement clinique et une année de stages cliniques en 5^{ème} ou en 6^{ème} année selon les facultés de médecine.

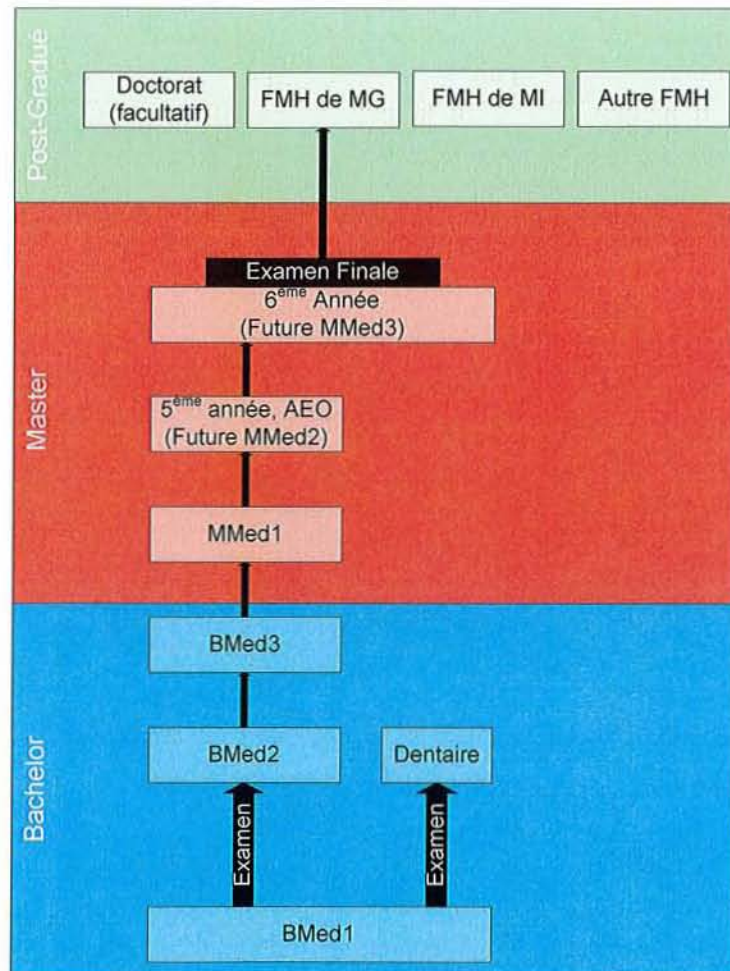


Figure 5: Schéma des études de médecine à Lausanne.

Depuis 2004, le cursus des études de médecine à Lausanne est engagé dans un processus de réforme qui vise à promouvoir un enseignement plus centré sur le patient et sur les besoins de la communauté. Le nouveau cursus plus conforme au processus de Bologne est entré en vigueur à la rentrée 2008-2009 et ne s'applique pour le moment qu'aux quatre premières années d'études, le programme des deux dernières années devrait être réformé dès la rentrée 2009-2010 pour correspondre au nouveau curriculum lausannois. (cf annexe 5). L'enseignement y est organisé en modules thématiques dotés de crédits ECTS.

Ainsi le cursus réformé comprend 3 niveaux :

- le Bachelor
- le Master
- le Doctorat qui n'est pas obligatoire sauf pour les étudiants qui envisagent une carrière académique.

Le Bachelor correspond aux trois premières années d'études ou années propédeutiques : 1ère année ou baccalauréat universitaire en médecine BMed1, 2ème année ou baccalauréat universitaire en médecine BMed2, et 3ème année ou baccalauréat universitaire en médecine BMed3. Le Master comprend la 4ème année ou MMed 1 pour 1ère année de maîtrise universitaire en médecine, la 5ème année actuelle année de stage et future MMed2 et la 6ème année qui deviendra l'année de stage à partir de la rentrée 2009-2010. A la fin de ces six années d'études, les étudiants se présentent à l'examen final qui leur permet d'obtenir le diplôme fédéral de médecin. Ce diplôme leur donne l'autorisation d'exercer sous la responsabilité d'un médecin ayant validé la formation FMH. Pour pouvoir exercer en libéral, ils doivent poursuivre leur formation post-graduée qui se déroule essentiellement à l'hôpital. La formation post-graduée dure 5 ans minimum et ne dépend pas de la faculté de médecine, elle est régie par la fédération des médecins suisses (FMH ou Foederatio Medicorum Helveticorum). Il n'y a pas d'examen qui détermine le choix de la filière postgraduée.

3.1.2 Le tronc commun à Nancy et à Lausanne

a) Généralités

- **Réglementations relatives aux études**

En France, l'organisation des études de médecine relève de plusieurs textes officiels dont l'arrêté du 21 Avril 1994 modifiant l'arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle des études médicales (27) et l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à l'organisation de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales (28).

En suisse, les études de médecine sont organisées selon la Loi fédérale sur les professions médicales universitaires (Loi sur les professions médicales, LPMed) (29). Les facultés de médecine sont néanmoins libres d'organiser leur cursus.

▪ L'accès aux études médicales

Pour pouvoir accéder aux études de médecine à Nancy mais aussi dans les autres facultés de médecine de France, il faut être titulaire du baccalauréat ou d'un diplôme reconnu équivalent. La formation est ouverte à tous les baccalauréats, mais les étudiants issus d'un baccalauréat scientifique ont plus de chance de réussir le concours.

En suisse, il faut être titulaire de la maturité fédérale (équivalent au baccalauréat français). A Lausanne, il n'y a pas de numerus clausus à l'entrée contrairement aux facultés alémaniques. La sélection se fait en fin de première année alors que pour les facultés de Bâle, Bern, Fribourg et Zurich, il existe un test d'aptitude aux études de médecine qui limite l'accès à l'entrée de la première année.

▪ Effectifs des étudiants et numerus dans les deux facultés

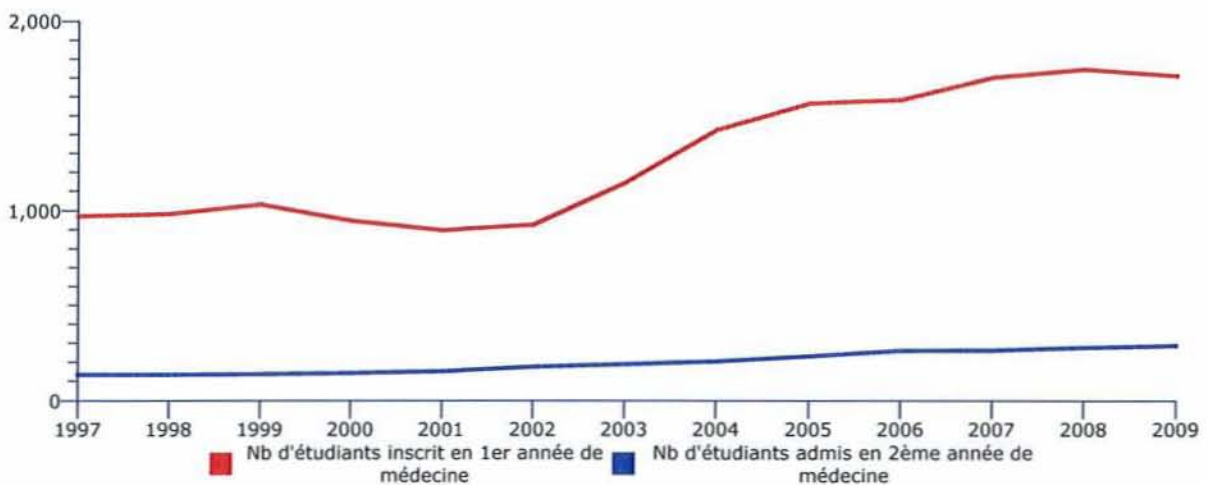


Figure 6 : Evolution du numerus à la faculté de médecine de Nancy

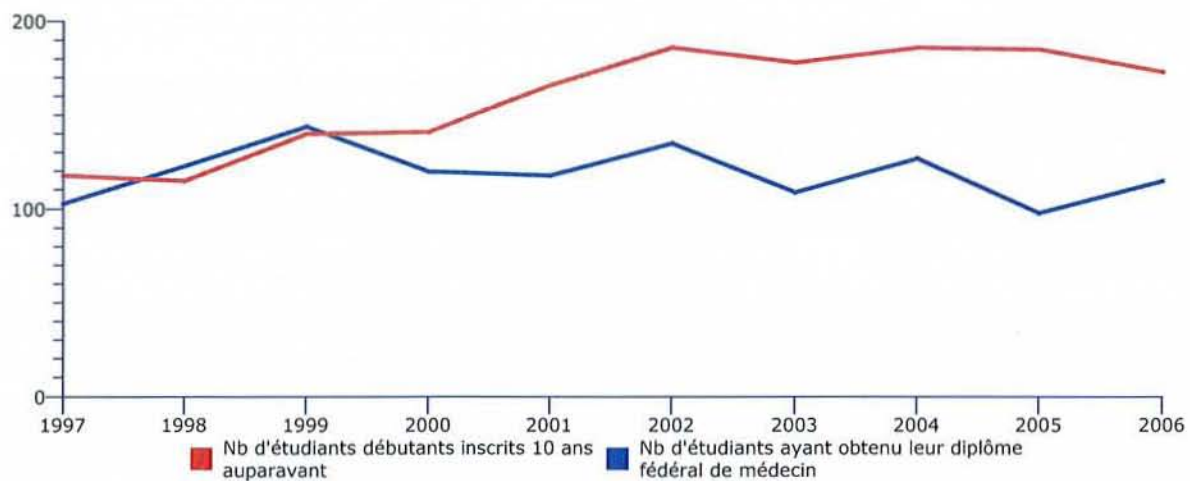


Figure 7 : Evolution du «numerus» à la faculté de biologie et de médecine de Lausanne

b) La première année

▪ **L'enseignement et les examens**

	PCEM1	BMed1
Matières	7 modules • Chimie • Physique, Biophysique, Bio-statistiques • Biochimie, Biologie moléculaire • Biologie cellulaire, Cytologie, Histologie et Génétique • Anatomie, Physiologie • Sciences humaines et sociales • Rééducation-réadaptation chimie générale, Chimie organique, Matière physique	5 modules, 60 crédits • Matière • Cellule • Développement • Système locomoteur • Sciences humaines
Mode d'enseignement	Cours magistraux, ED et TP	Cours magistraux, séminaires et TP
Mode d'examen	3 concours avec QCM et une épreuve rédactionnelle de 4h pour le module Sciences Humaines	1 QCM par module et un rapport de séminaire pour le module Sciences Humaines

Figure 8 : Tableau comparatif des enseignements en 1^{ère} année

▪ **La sélection**

A Nancy, la première année des études médicales (PCEM1) comprend trois concours donnant accès à cinq filières :

- Médecine 2^{ème} année
- Chirurgie dentaire 2^{ème} année
- Ecole de sages femmes
- Ecole de kinésithérapie
- Ecole d'ergothérapie

Chacune de ces filières comporte un nombre de places limité correspondant au numerus clausus. Pour être admis, il faut être classé en rang utile. Deux inscriptions au maximum sont possibles en première année, sauf dérogations.

Le numerus clausus est fixé chaque année et pour chaque faculté de médecine par arrêté ministériel. Ainsi, en 2008, le nombre d'étudiants autorisés à passer en deuxième année de médecine était de 7 300 pour toute la France dont 281 places pour la faculté de Nancy réparties entre les cinq filières selon le tableau suivant :

Année 2008	Nombre de places
Médecine	281 + 2 postes au titre paramédical
Masso-Kinésithérapie	70
Ondologie	49
Ergothérapie	48
Sages-femmes	59 (29 à Metz + 30 à Nancy)
Total	509

Figure 9 : Numerus clausus par discipline à Nancy en 2008

Il y a ainsi trois concours indépendants portant sur les modules enseignés, trois jurys et trois classements :

- Concours Médecine, Dentaire, Sage-femme
- Concours de Masso-Kinésithérapie
- Concours d'Ergothérapie

L'étudiant sera classé dans chacun des concours et pourra choisir son orientation en fonction de son rang aux trois classements. En cas d'échec, l'étudiant peut se présenter aux concours l'année suivante. Il ne peut s'inscrire plus de deux fois en PCEM1 sauf dérogations.

A Lausanne, il n'y a pas de concours sélectif. Pour valider la première année, l'étudiant doit obtenir un total minimum de 60 ECTS. Si l'étudiant a un crédit inférieur à 60, une session de rattrapage est organisée en septembre. Un deuxième échec mène à l'exclusion définitive des études de médecine. Les modules réussis à la première session restent acquis. La sélection n'est activée que lorsque que le

nombre d'étudiants ayant rempli les conditions préalables de passage (avoir obtenu 60 crédits ECTS aux examens de première année de médecine) dépasse de plus de 10% la capacité d'accueil dans les années d'enseignement clinique. La sélection se fait alors par un classement des étudiants qui ont réussi la session. Les étudiants ayant les meilleures notes aux examens écrits sont retenus. Le nombre d'étudiants retenus est actuellement fixé à 125 places pour environ 497 inscrits. Un classement intermédiaire est effectué après la première session d'examen. Si un étudiant n'est pas reçu il peut alors se présenter à la session de rattrapage, son meilleur score aux examens sera retenu pour le classement définitif. Les étudiants définitivement recalés ont la possibilité de se réinscrire une deuxième fois aux examens de première année. En cas de nouvel échec, ils sont définitivement exclus des études de médecine.

La première année d'études est commune pour les étudiants de médecine et d'odontologie. Les futurs dentistes poursuivent ensuite leur formation à la faculté de médecine de Genève car le cursus dentaire n'est pas organisé à l'UNIL.

c) La deuxième année

▪ L'enseignement et les examens

	PCEM2	BMed2
Matières	<ul style="list-style-type: none"> • anatomie, physiologie, immunologie hématologie, infectiologie, histiocytopathologie du développement, sémiologie radiologique. • biochimie, biologie moléculaire, biophysique, médecine nucléaire, informatique et information médicale. • pharmacologie, gestes d'urgences et génétique. • physiopathologie et sémiologie sur les appareils cardiovasculaire, respiratoire et digestif, sémiologie générale, anglais, enseignement optionnel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cellule, Organe, Système • Sang, immunité, infection • Neurosciences • Système cardiovasculaire et respiratoire • Digestion, métabolisme • Système uro-génital et homéostasie • Médecine : Individu, Communauté, Société • Skills : Compétences cliniques • Enseignement à option
Mode d'enseignement	Cours magistraux, ED et TP	Cours magistraux, séminaires et TP
Mode d'examen	4 unités de valeurs évaluées par QCM	Evalués par des QCM

Figure 10 Tableau comparatif des enseignements en 2ème année

A Nancy, pour être admis dans l'année supérieure (DCEM1), l'étudiant doit valider les 4 "unités de valeur". Pour cela il doit obtenir la moyenne générale à cette unité, sans note éliminatoire (inférieure à 6/20). En cas d'échec, une deuxième session est organisée en septembre. Si l'étudiant échoue au rattrapage, il redouble son année.

A Lausanne, pour chaque module le maximum de crédits ECTS est accordé lors de l'obtention de la note minimale de 4/6. Pour valider la 2^{ème} année, l'étudiant doit obtenir un minimum de 60 crédits. En cas d'échec, l'étudiant doit se représenter aux modules non validés l'année suivante. Une seule possibilité de rattrapage est

possible, un deuxième échec mène à l'exclusion définitive des études des branches médicales en Suisse.

- **Le stage d'initiation aux soins**

A Nancy, les étudiants effectuent un stage d'initiation aux soins hospitaliers avant la rentrée en PCEM2. Ce stage non rémunéré dure quatre semaines à temps complet dans un même établissement hospitalier. Avant le début du stage, les étudiants reçoivent une formation théorique de 12 heures en hygiène hospitalière.

A Lausanne, un stage obligatoire dit « Stage de soins aux malades » ou stage propédeutique de quatre semaines doit être validé avant le deuxième examen propédeutique. Les candidats à la médecine dentaire sont dispensés de ce stage. Ce stage permet d'initier les étudiants aux soins aux malades. Ce stage peut être effectué en première ou en deuxième année de médecine. Il peut être fait à l'étranger.

d) La troisième année

▪ **Enseignement**

	DCEM1	BMed3
Matières	<ul style="list-style-type: none"> • Sémiologie clinique et sémiologie radiologique : • nez, gorge, oreille, peau, œil, • tissus lymphoïdes et sanguins • croissance et développement • oncologie • appareil locomoteur • Appareil génital, urologie-néphrologie • nutrition endocrinologie système nerveux et sémiologie des urgences Maladies infectieuses et Module 07 : Santé, environnement et maladies transmissibles • anglais • Santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> • Cœur, poumon • Douleurs abdominales • Inflammation • Tête et Fonctions supérieures • Croissance et poids • Immersion communautaire • Médecine : individu-communauté-société • Habileté clinique • Cours à option : skills
Mode d'enseignement	Cours magistraux, ED, TP et séances cliniques à l'hôpital	Cours magistraux, Enseignement au lit du malade, Enseignement au cabinet du praticien
Mode d'examen	6 unités de valeurs évaluées par QCM	9 modules évalués par QCM

Figure 11 : Tableau comparatif des enseignements en 3ème année

▪ **Validation**

A Nancy, pour valider le DCEM 1, l'étudiant doit avoir la moyenne aux « unités de valeur » sans note éliminatoire (inférieure à 6/20) sur l'ensemble des épreuves d'une même discipline. Une session de rattrapage est organisée à la fin de l'année.

A Lausanne, l'étudiant valide son année dès lors qu'il a obtenu un minimum de 60 crédits ECTS. Une session de rattrapage est organisée dans les deux facultés.

e) La quatrième année

▪ **L'Enseignement**

	DCEM2	MMed1 (60 crédits)
Matières	Athérosclérose HTA thrombose Cancérologie Oncohématologie Digestif Pneumologie Dermatologie ORL Ophtalmologie Neurologie locomoteur Santé publique Module optionnel	Maladies infectieuses Oncologie, hémato- oncologie Mère- enfant Dermatologie Ophtalmologie ORL Généralisme I Cours blocs I et II Economie de la santé, médecine du travail, système de santé Habilités cliniques, ELM, ECP Cours à option
Mode d'enseignement	Cours magistraux ED stages cliniques	Cours généraux Cours intégrés Enseignement au lit du malade (ELM) Habilités cliniques Apprentissage au raisonnement clinique(ARC) Cours à option Cours blocs
Mode d'examen	Dossiers cliniques analyse d'article	QCM, ECOS

Figure 12 : Tableau comparatif des enseignements en 4^{ème} année

▪ **La validation**

Pour être admis en DCEM3, l'étudiant doit avoir la moyenne à tous les modules sans note éliminatoire (inférieure à 6/20). Une dette d'un module est acceptée. Il doit aussi valider ses quatre stages hospitaliers.

La validation de la 4^{ème} à Lausanne suppose un minimum de 60 crédits.

f) La cinquième année

▪ **L'enseignement**

	DCEM3	Année d'études à option AEO (future MMed2)
Matières	De la conception à la naissance Maturation et vulnérabilité Handicap incapacité dépendance Douleur soins palliatifs Immunopathologie Réaction inflammatoire Nutrition endocrinologie Néphrologie urologie Module optionnel	A partir de la rentrée 2009-2010 Introduction au travail de Master et méthodologie, Endocrinologie, chirurgie et psychiatrie, Rhumatologie, traumatologie et immunologie Médecine palliative, transplantation, traitement de la douleur, Généralisme II.
Mode d'enseignement	ED stages cliniques	Cours intégrés Enseignement au lit du malade (ELM) et Enseignement au Cabinet Praticien (ECP) Habilités cliniques Apprentissage au raisonnement clinique(ARC) Cours à option Cours blocs
Mode d'examen	Dossiers cliniques et analyse d'article	Travail de Master QCM ECOS

Figure 13 : Tableau comparatif des enseignements en 5ème année

▪ **La validation**

L'étudiant à Nancy doit obtenir la moyenne à tous les modules sans note éliminatoire et doit valider ses quatre stages cliniques. En cas d'échec, il peut se présenter à la session de rattrapage.

A Lausanne, la 5ème année actuelle est une année de stage clinique mais dès la rentrée 2009, elle deviendra MMed 2 ou 2^{ème} année de Master en Médecine avec 5 nouveaux modules. L'étudiant devra obtenir un total minimum de 60 crédits aux 5 modules et valider un travail de Master. Il devra choisir le sujet de son travail de maîtrise parmi les thèmes suivants :

- la médecine fondamentale ou expérimentale
- la médecine clinique
- la santé publique et communautaire
- les sciences humaines en médecine et la pédagogie médicale

g) La sixième année

- **L'enseignement**

	DCEM4	6ème année (ancien cursus)
Matières	Synthèse clinique et thérapeutique CSCT Psychiatrie Module optionnel	Future année de stage dès la rentrée 2009 ORL, dermatologie et vénérologie, ophtalmologie Médecine sociale et préventive, médecine du travail et des assurances Pédiatrie, Obstétrique, Gynécologie Chirurgie, médecine de catastrophe, anesthésiologie Médecine interne, Pharmacothérapie Module d'entraînement à une consultation ambulatoire de médecine interne/générale
Mode d'enseignement	ED et stages cliniques	Cours généraux, cours intégrés, synthèse, cours blocs
Mode d'examen	Dossiers cliniques et examen oral de validation de 2ème cycle	Examen final

Figure 14 : Tableau comparatif des enseignements en 6ème année

- **La validation**

A Nancy, la validation de l'année de DCEM 4 comprend la validation du CSCT (certificat de synthèse clinique et thérapeutique), du module de psychiatrie, du module optionnel, l'oral de validation du 2ème cycle et la validation des quatre stages cliniques. La validation du CSCT comporte un écrit (3 cas cliniques) et un oral.

Les épreuves écrites portent sur le programme officiel de l'ENC traité ou non.

Pour valider un module (y compris le module optionnel), l'étudiant doit obtenir la moyenne générale à l'ensemble des épreuves. Tout étudiant ajourné doit subir à nouveau toutes les épreuves du module sans garder le bénéfice d'aucune note.

L'épreuve de Synthèse Transversale (EST) comporte des cas cliniques et une analyse critique d'article médical.

A Lausanne, en 6^{ème} année a lieu l'examen final qui se déroule en 2 parties et qui comprend : 5 épreuves théoriques de QCM, 9 épreuves pratiques et 3 épreuves orales de Médecine interne, Chirurgie et Pédiatrie. Cet examen se déroule sur plusieurs mois. Il évalue les objectifs du Catalogue suisse des objectifs d'apprentissage.

h) Les stages cliniques

▪ **L'Externat à Nancy**

Les trois années du DCEM2 au DCEM4 constituent l'externat soit quatre stages annuels de deux à quatre mois dans des services de spécialités, choisis par grilles en début de chaque année ou trimestre selon un classement au mérite.

L'externe doit, au cours de ses trois ans d'externat, effectuer 36 mois de stage à mi-temps et 36 gardes minimum. Certains stages sont à effectuer obligatoirement :

- en pédiatrie
- en gynécologie-obstétrique
- en chirurgie (y compris l'anesthésie-réanimation)
- en médecine interne ou gériatrie
- au cabinet du médecin généraliste depuis 2007 à Nancy
- un stage en psychiatrie est recommandé, de même qu'un stage dans un laboratoire hospitalier ou dans un laboratoire de recherche agréé
- les étudiants doivent, d'autre part, effectuer un stage à temps complet, d'au moins quatre semaines, dans une unité d'accueil des urgences, de réanimation ou de soins intensifs.

L'étudiant externe, sous la responsabilité d'un interne ou d'un senior (chef de clinique ou praticien) apprend à mener l'interrogatoire et l'examen clinique. Il n'a pas de responsabilité thérapeutique, ni le droit de prescrire.

Les étudiants répartis en petits groupes doivent préparer au moins trois exposés sur les sujets en rapport avec la pathologie rencontrée dans les services où ils sont affectés. Un de ces exposés au moins doit avoir un rapport avec l'évaluation des pratiques de soins, ou avec des problèmes de santé rencontrés dans des établissements de soins primaires (urgences, cabinet). Ces exposés ont pour objet de développer les capacités d'analyse, de synthèse et de communication orale des étudiants.

▪ **L'Année d'Etude à Options**

L'année d'études à option (AEO) ou 5^{ème} année (placée en 6ème année à Genève) est une année de stage. Chaque étudiant doit effectuer 10 mois de stages obligatoires à temps plein sur une période de 12 mois. La planification de cette année à options se fait dès la troisième année. L'étudiant établit son programme de stages en émettant plusieurs choix de stages possibles selon le Catalogue de Suisse romande et un répertoire des stages chez le médecin de premier recours. Il peut également faire des stages en dehors de la Suisse romande (en Suisse allemande, au Tessin) ou à l'étranger pour une durée maximum de 5 mois.

Sur les 10 mois de stages, 8 mois doivent être effectués en clinique dont obligatoirement :

- 1 mois de stage au cabinet d'un médecin de premier recours (généraliste, interniste, pédiatre)
- 1 mois en médecine interne
- 1 mois en chirurgie
- 1 stage en psychiatrie et 1 stage en pédiatrie sont fortement encouragés

Pour le stage en cabinet, l'Unité de Médecine générale (UMG) propose une liste de médecins praticiens titulaires ayant reçu une formation de maître de stage.

i) La validation des études, l'ECN et l'examen final

▪ **La validation du deuxième cycle des études de médecine à Nancy**

Pour valider la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, l'étudiant doit avoir :

- validé les enseignements théoriques, y compris les enseignements optionnels
- validé les stages hospitaliers, y compris les trois exposés de stage
- participé aux séminaires obligatoires dont le séminaire de Médecine Générale
- validé 36 gardes

▪ **L'examen final suisse**

L'examen final porte sur l'ensemble des objectifs du catalogue des objectifs de la formation médicale prégraduée élaborée par la CIMS ou commission interfacultés médicale suisse. Il est organisé en trois parties. La 2^{ème} et 3^{ème} partie du final sont organisées à la fin des études.

Ces épreuves ont un caractère pluridisciplinaire tenant compte des problèmes de la pratique médicale générale. Cet examen comprenant des épreuves de QCM et des épreuves orales permet entre autre de vérifier que l'étudiant sait prendre l'anamnèse, réaliser un examen clinique, établir des corrélations psychosomatiques et psychosociales, s'entretenir avec le patient, établir une relation avec le patient tenant compte de son entourage social. Les étudiants qui réussissent à l'examen final reçoivent le diplôme fédéral de médecin et par défaut le titre de docteur. Ce titre fédéral ne leur donne pas le droit de pratiquer de manière indépendante seulement sous la supervision d'un médecin titulaire du titre de spécialiste FMH.

▪ **L'ENC et le choix des spécialités**

Depuis 2004, le second cycle des études de médecine en France s'achève pour tous les étudiants par des Épreuves Classantes Nationales (ECN), qui remplacent l'ancien concours de l'Internat. La médecine générale est désormais considérée comme une spécialité à part entière et les postes de formation en médecine générale sont intégrés au choix à l'issue de cet examen. Tous les étudiants en médecine en DCEM4 passent donc cet examen et choisissent, selon leur résultat, la discipline qu'ils exerceront et la région où ils se formeront durant l'internat. Les épreuves classantes nationales pour l'accès au 3^{ème} cycle des études médicales comportent deux types d'épreuves (30):

- des épreuves sur des dossiers cliniques : il s'agit de trois épreuves de cas cliniques, chacune comportant trois dossiers cliniques et durant trois heures. Ces trois épreuves comptent pour 80 % de la note totale. Elles sont destinées à explorer les capacités cliniques et doivent privilégier l'approche multidisciplinaire d'une pathologie.
- une épreuve de lecture critique d'un article médical scientifique, d'une durée de trois heures, comptant pour 20 % de la note totale. L'objectif de cette épreuve est d'amener les étudiants à lire de façon critique et à analyser le contenu d'un article, en vue de leur autoformation actuelle et future.

Le programme de l'ENC porte sur l'ensemble des Objectifs Pédagogiques du DCEM. En Suisse, il n'y a pas d'examen d'accès à la formation postgraduée. L'étudiant après avoir obtenu le diplôme fédéral devient médecin assistant et débute sa formation postgraduée dans la discipline souhaitée à condition de trouver une place de formation dans la discipline choisie.

3.2 La formation spécifique en médecine générale.

3.2.1 Internat et DES de médecine générale

a) Généralités

Le troisième cycle des études de médecine générale correspond à l'internat de médecine générale, ancien résidanat. Il permet la validation du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale et débouche sur la soutenance d'une thèse d'exercice professionnel.

Le DES est défini par l'annexe V de l'arrêté du 22 septembre 2004 (31) publié au J.O. du 6 octobre 2004, il se déroule sur trois ans et comprend :

- une formation pratique avec six stages d'un semestre chacun
- une formation théorique

Il est validé par un examen final comportant l'étude du portfolio de formation (document de synthèse de la formation de l'interne avec ses stages, ses formations continues, ses publications éventuelles) et la soutenance d'un mémoire de médecine générale.

Pour valider le troisième cycle, l'interne doit valider les stages, l'enseignement théorique, il doit également soutenir une thèse obligatoire pour exercer, elle donne le titre de docteur.

b) Statut de l'interne en médecine générale à Nancy.

▪ **Les structures administratives**

L'interne est administrativement rattaché au C.H.U. de Nancy et à la Direction des Affaires Médicales. Il est obligé cependant de prendre une inscription annuelle à la faculté de médecine de Nancy. Le statut de l'interne est particulier car il est praticien à temps plein à l'hôpital ou au cabinet et conserve le statut d'étudiant.

Son cursus est placé sous la responsabilité du Département Universitaire de Médecine Générale ou DUMG dont les responsables en 2008 sont :

- le professeur Henri Coudane : Doyen de la Faculté de Médecine de Nancy
- le professeur Jean-Dominique de KORWIN : Coordonnateur du 3e cycle de Médecine Générale
- le professeur Alain AUBRÈGE : Président du Département de Médecine Générale
- le docteur Francis RAPHAEL : Maître de Conférences Associé
- le docteur Jean-Marc BOIVIN : Maître de Conférences Associé
- le docteur Elisabeth STEYER : Maître de Conférences Associé
- le docteur Jean-Louis ADAM : Maître de Conférences Associé

Le choix des postes hospitaliers et chez le praticien se fait tous les semestres selon un classement au mérite qui tient compte des résultats obtenus à l'ENC. L'affectation des internes est organisée par le bureau des affaires médicales du CHU de Nancy, la D.R.A.S.S. (direction régionale des affaires sanitaires et sociales) et le bureau de la scolarité du troisième cycle de médecine générale.

▪ **Les dispositions du statut de l'interne**

- Le salaire : quelque soit le lieu d'affectation (CHU, CHR ou cabinet du praticien), le montant de la rémunération est le même, il augmente durant les trois ans d'internat.
- Les obligations de service : L'interne est considéré comme un praticien en formation à temps plein. Ses obligations normales de service sont de 11 demi-journées par semaine (y compris les enseignements) ainsi que sa participation au service de gardes et astreintes de l'établissement d'affectation

L'interne a le droit à un congé annuel de 30 jours ouvrables. En cas de service national volontaire, l'interne ne perçoit aucune rémunération et ne peut valider aucune fonction pendant cette période.

Le congé maternité est de 16 semaines durant lesquelles la rémunération est maintenue.

En cas de congé maladie, l'interne perçoit les deux tiers de la rémunération les trois premiers mois, puis la moitié les six mois suivants. Si le congé n'excède pas deux mois, le stage est encore validant pour la maquette de DES.

L'interne peut demander une mise en disponibilité après six mois de stage en cas de :

- études et recherches présentant un intérêt général,
- stage de formation ou de perfectionnement en France ou à l'étranger.

Il a également le droit à une disponibilité pour convenances personnelles après un an de fonctions. Pendant une période de disponibilité, aucune fonction ne peut être validée.

c) Le DES de médecine générale à Nancy.

Le DES de médecine générale comprend une formation pratique et une formation pratique.

▪ **La formation pratique**

L'internat de médecine générale dure trois ans et comporte six stages de six mois dont :

- Un stage obligatoire dans un service d'accueil des urgences

- Un stage obligatoire au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie dans un pôle mère enfant
- Un stage de médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie
- Un stage obligatoire chez le praticien (à partir du 3ème semestre)
- Un stage libre en service ou un département hospitalier agréé (au choix de l'interne)
- Un stage dit « projet professionnel » à réaliser en 5ème ou 6ème semestre : soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé ou SASPAS, soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de médecine générale comme par exemple un stage dans le cadre d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires de médecine du sport ou d'angiologie.
- Un de ces stages doit se faire obligatoirement en CHU. Le stage au cabinet doit être complété par des demi-journées dans une structure de la Sécurité Sociale ou un centre de PMI (protection maternelle et infantile).

▪ **La formation théorique**

Les internes suivent, à partir du premier semestre de formation, un enseignement théorique spécifique de médecine générale préparé et organisé par l'enseignant coordonnateur et les enseignants responsables du DUMG. Les enseignements sont coordonnés par deux enseignants : un médecin généraliste et un universitaire.

L'enseignement compte 200 heures obligatoires sur trois ans avec des enseignements généraux sur les thèmes suivants :

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique en médecine générale
- Épidémiologie et santé publique
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en médecine générale, économie de la santé.

et des enseignements spécifiques concernant :

- La médecine générale et son champ d'application
- Gestes et techniques en médecine générale
- Situations courantes en médecine générale : stratégies diagnostiques et thérapeutiques, leur évaluation
- Conditions de l'exercice professionnel en médecine générale et place des médecins généralistes dans le système de santé
- Formation à la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique
- Préparation du médecin généraliste au recueil des données en épidémiologie, à la documentation, à la gestion du cabinet, à la formation médicale continue, à l'évaluation des pratiques professionnelles et à la recherche en médecine générale.

Le programme de DES de médecine générale à Nancy (Annexe 9) comprend ainsi un enseignement modulaire préparant à la pratique de la médecine générale avec des thèmes comme le « suivi des patients atteints de pathologies chroniques » ou « l'asthénie et la fatigue ». Il comprend aussi des séminaires traitant de situations fréquentes en médecine générale dans l'optique d'un exercice en soins primaires comme par exemple : « Urgences en médecine générale » ou encore « suivi en Pédiatrie ». L'interne doit également fournir trois attestations de participation à des séances de Formation Médicale Continue :

- Réunions, séminaires organisés par une association de FMC représentative
- Journée d'Actualités Thérapeutiques
- Semaine Médicale de Lorraine
- Réunions et congrès organisés par des sociétés savantes
- ou toute autre formation validée par le Département de Médecine Générale.

Durant les trois années du 3ème cycle de Médecine Générale, l'étudiant devra avoir suivi 60% des enseignements, soit 14 séances en moyenne par an.

▪ **L'examen**

Il est organisé sous forme d'E.C.O.S. (Examen Clinique Objectif Standardisé) et porte sur l'ensemble du programme d'enseignement. Chaque étudiant suit un

parcours de « stations » de consultations simulées qui sont évaluées à l'aide d'une grille de critères standardisés.

L'examen est organisé en fin de 3ème année avec possibilité pour l'étudiant de s'y présenter dès la fin de la 2ème année de DES. Dès juin 2009, un nouveau mode d'évaluation de l'enseignement théorique va être mis en place par le DUMG de Nancy sous forme de TCS Test de Concordance des Scripts qui signifie :

- Test : Méthode d'évaluation et Type d'Epreuve
- Concordance : Adéquation avec les réponses données par un panel de professionnels choisis
- Script : Méthodes de raisonnement du candidat.

Le candidat sera placé dans un contexte clinique authentique, décrit dans une vignette. Ce contexte clinique représente un problème même pour un clinicien averti, soit parce qu'il n'y a pas assez de données soit parce qu'elles sont ambiguës. Plusieurs options de diagnostic, d'investigation ou de traitement sont pertinentes dans la situation. La réponse du candidat est recueillie sur une échelle de Likert. Un nombre important de praticiens sont soumis en même temps au test et vont réaliser l'épreuve comme les futurs candidats.

Sur les 5 options de réponse possibles, l'étudiant candidat aux épreuves aura la majorité des points s'il répond ce que la majorité des praticiens a répondu.

▪ **La validation de l'enseignement théorique**

Pour valider la formation théorique, l'interne doit :

- être assidu à au moins 60% des enseignements proposés soit 42 séances à la fin des trois années,
- fournir trois attestations de participation à des FMC
- réussir à l'examen E.C.O.S. (ou au TCS à partir de juin 2009)

▪ **La validation du DES de médecine générale**

Conformément aux dispositions de l'article 12 de l'arrêté du 22 septembre 2004 (31), le jury de la commission inter-régionale sur avis du directeur de l'Unité de Formation

et de Recherche dont relève l'interne propose la délivrance du DES à la fin de l'internat à condition que l'interne valide l'ensemble de la formation théorique et les six stages de la maquette de DES de médecine générale. Il doit rédiger et soutenir un mémoire portant sur un travail de recherche clinique ou fondamentale de médecine générale. Il doit rédiger et présenter oralement un document de synthèse portant sur les travaux scientifiques qu'il a réalisés, sur sa participation à des congrès ou colloques, ses stages à l'étranger ou toute autre formation ou expérience complémentaires.

- **Le doctorat en médecine générale: la thèse.**

En France, pour être docteur en médecine il faut soutenir une thèse, dite thèse d'exercice. Seule la thèse permet d'obtenir le droit d'exercer. Le DUMG propose des sujets de thèse aux internes qui le désirent. Tous les projets de thèse sont examinés par le Conseil Scientifique de la faculté de médecine. Une fois son projet validé, l'interne choisit un directeur de thèse parmi les médecins généralistes enseignants. Le DUMG encourage les internes à réaliser une thèse sur un sujet de médecine générale et propose une aide méthodologique, un accompagnement logistique, la mise en relation avec un biostatisticien ainsi qu'une aide à la rédaction médicale de l'article en cas de publications. Cette thèse peut être soutenue dès le quatrième semestre de formation et au plus tard dans les trois ans qui suivent la fin de l'internat. Elle peut tenir lieu de mémoire de DES si elle porte sur un sujet de médecine générale.

3.2.2 La formation postgraduée suisse en médecine de premiers recours

a) Généralités

La formation postgraduée en Suisse n'est pas du ressort de l'Université. Elle dépend de la Fédération des médecins suisses (FMH ou Foederatio Medicorum Helveticorum). La FMH décerne les titres aux médecins qui, après l'obtention du diplôme fédéral, ont suivi avec succès pendant 10 à 12 semestres la formation requise pour pratiquer une spécialité. Une thèse de doctorat n'est pas nécessaire pour obtenir le titre de FMH.

La Réglementation pour la Formation postgraduée ou RFP (29) fixe les principes de la formation médicale postgraduée et les conditions à l'obtention de titres de formation post-graduée. L'ISFM (institut suisse pour la formation postgraduée et continue) est l'organe de la FMH compétent pour le domaine de la formation postgraduée et continue. Il lui incombe en particulier de créer et de supprimer les titres de spécialiste, les formations approfondies ainsi que les attestations de formation complémentaire

La FMH comprend plusieurs commissions dont :

- la commission des titres qui se prononce sur les demandes de titre de spécialiste
- la commission des établissements de formation postgraduée compétente pour la reconnaissance, la classification ou le changement de catégorie des établissements de formation

En Suisse la fonction de médecin généraliste-médecin de famille, encore appelé médecins omnipraticiens est assurée par des médecins ayant des formations postgraduées différentes. Il peut s'agir de spécialistes FMH en médecine générale, de spécialistes FMH en médecine interne générale ou de médecins avec un titre d'omnipraticien. Il existe un programme de formation différent pour chacun de ces titres.

b) Statut de l'assistant

Une fois le diplôme fédéral en poche l'étudiant quitte la faculté de médecine, il devient médecin assistant et débute sa formation postgraduée qui se fait à l'hôpital ou en cabinet. Le statut des médecins assistants est défini par la Convention Vaudoise des médecins assistants et chefs de clinique (32).

▪ Dispositions statutaires

Le médecin assistant est considéré comme un médecin en formation, il a le droit à une formation post-graduée ou continue, théorique et pratique, conforme aux exigences de la FMH et des sociétés de spécialités médicales (SSMG société suisse de médecine générale et SSMI société suisse de médecine interne). Il organise lui-même son plan de formation pour minimum 5 ans soit 10 semestres conformément

au programme FMH de la spécialité. Pour cela, il doit postuler dans les services ou les cabinets reconnus pour la formation en question. Une commission d'engagement est organisée en moyenne deux fois par année dans les services qui recrutent directement les médecins assistants. La plupart du temps, l'assistant est engagé pour une durée de 6 mois à 1an. Dans certains cas, il peut être engagé pour 2 ans avec la possibilité d'un tournus dans un service d'urgence ou de consultation ambulatoire. Pour chaque programme de formation, la FMH tient à jour une liste des hôpitaux et des cabinets de médecine de premiers recours et le nombre de places de formation disponible.

Le temps de formation fait partie du temps de travail. La formation théorique est dispensée par les médecins cadres agréés dans les services où le médecin est en fonction et doit être d'une durée minimum de 3 heures par semaine. La participation aux congrès des sociétés de spécialistes (SSMG, SSMI ou CMPR collège de médecine de premiers recours) fait partie de la formation théorique obligatoire soit minimum 3 jours par an. La formation de chaque médecin assistant doit répondre à un plan de formation qui tient compte des objectifs de la FMH. Il doit être établi entre le médecin formateur et le médecin en formation à l'entrée en fonction. Des entretiens périodiques sont organisés régulièrement pour vérifier que les objectifs de formation sont atteints.

Les contrats sont en principe conclus pour une durée indéterminée, exceptionnellement pour une durée déterminée en cas de remplacement d'un congé maternité ou d'une absence pour maladie. Il comporte une période d'essai de 3 mois. La durée de travail hebdomadaire de 50 heures maximum. Le médecin assistant a le droit à 2 jours entiers de congés par semaine de travail. Il participe aux gardes et aux astreintes. Un repos de sécurité de 11heures doit être respecté. La formation postgraduée peut être effectuée en partie à temps partiel.

Le médecin assistant est rémunéré selon une échelle salariale qui tient compte du nombre d'années d'assistantat. Il a le droit à un 13^{ème} salaire.

Après le temps d'essai, en cas de maladie ou d'accident, la rémunération est versée au minimum durant un an à 100% et 3 mois à 80%. La durée du congé maternité est de 16 semaines dont 2 semaines avant l'accouchement. Le médecin en formation a 5 semaines de congés par année civile.

c) Le titre de spécialiste en médecine générale ou FMH de médecine générale.

▪ **Durée et structures de la formation postgraduée**

La formation postgraduée de médecine générale dure 5 ans et comprend :

- 1 an en médecine interne hospitalière
- 1 an en médecine interne hospitalière ou ambulatoire ou en médecine générale
- 1 an de formation postgraduée ambulatoire
- 2 ans à option en milieu ambulatoire ou hospitalier, dont 6 mois au maximum de formation post-graduée non clinique ou de recherche.

Pour valider sa formation postgraduée ambulatoire le médecin assistant a la possibilité d'effectuer 6 à 12 mois :

- dans un cabinet de spécialiste en médecine générale
- dans un cabinet de spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie
- dans les polycliniques, les services d'urgence en médecine, chirurgie ou pédiatrie, les services de consultation ambulatoire spécialisée.

Durant les deux années à option, 12 mois au moins doivent être effectués dans l'une ou plusieurs des disciplines suivantes: chirurgie, gynécologie et obstétrique, chirurgie pédiatrique, pédiatrie, psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. (33)

▪ **Dispositions complémentaires**

La FMH (33) prévoit un certain nombre de dispositions complémentaires :

- le médecin assistant doit participer à un cours en médecine d'urgence organisé ou reconnu par la SSMG.
- il doit participer à la formation complémentaire «Pratique du laboratoire au cabinet médical » organisé par le CMPR.
- Si le médecin n'a pas fait d'assistantat au cabinet médical, il doit suivre au moins 2 cours de sensibilisation à la médecine générale organisés ou reconnus par la SSMG

- il a la possibilité d'effectuer sa formation en partie ou totalement à temps partiel (au moins à 50%), conformément à l'art. 32 de la RFP.
- la moitié de sa formation peut être accomplie à l'étranger dans les établissements de formation postgraduée reconnus équivalents par la Commission des titres de la FMH.

▪ **Le contenu de la formation post graduée :**

Les objectifs de formation sont détaillés dans le programme FMH de formation pour le titre de spécialiste de médecine générale. Ce programme prévoit notamment que le futur spécialiste en médecine générale soit capable :

- d'assurer des soins de santé primaire
- d'assurer des soins centrés sur la personne
- d'assurer une prise en charge globale du patient
- concilier les besoins en soins médicaux du patient avec ceux de la communauté
- utiliser un modèle biopsychosocial qui prenne en compte les dimensions culturelles et existentielles

▪ **L'examen FMH**

Cet examen est organisé par la FMH une fois par an. Il porte sur l'ensemble du programme de formation post-graduée et permet de vérifier que le futur spécialiste en médecine générale a acquis au cours de sa formation postgraduée les connaissances, les aptitudes et les techniques nécessaires à la gestion compétente d'un cabinet médical.

L'examen comprend une partie théorique et une partie pratique :

- Partie théorique centralisée à Bern :

Il s'agit de répondre à des questions à réponses brèves, permettant d'examiner d'une part les connaissances et d'autre part les capacités à résoudre un problème donné.

- Partie orale organisée dans différents centres ou cabinets médicaux :

Le candidat est observé en consultation dans un cabinet de médecine générale pendant deux heures durant lesquelles il verra au moins six patients. Le titulaire du cabinet médical et le coexamineur observent dans une pièce annexe par le biais d'une vidéo le déroulement de la consultation du candidat et l'évaluent au moyen d'un protocole Peer-Review . La vidéo est ensuite détruite. Le candidat ne peut se présenter à la partie orale qu'après réussite de la partie écrite. Les deux parties de cet examen de spécialiste doivent être passées dans la même année.

Le candidat peut repasser l'examen autant de fois qu'il le souhaite en cas d'échec. Le candidat choisit la langue dans laquelle il souhaite passer l'examen : français, allemand ou italien.

d) Le FMH de médecine interne

- **Durée, structure et dispositions complémentaires**

La formation postgraduée de médecine interne dure 5 ans et comprend :

- au minimum 2 ans ½ de médecine interne hospitalière, dont 1 an en catégorie A (universitaire)
- au minimum 1 an de formation postgraduée ambulatoire
- au maximum 1 an ½ de formation à option

Pour valider la formation postgraduée ambulatoire, le médecin assistant doit effectuer au moins 6 mois dans une polyclinique médicale, un cabinet médical ou un service de consultation spécialisé.

Pour ce qui concerne la formation à option, le médecin assistant peut effectuer au maximum 18 mois de formation dans des spécialités apparentées à la médecine interne (allergologie et immunologie clinique, angiologie, endocrinologie-diabétologie, gastro-entérologie, gériatrie, hématologie, infectiologie, médecine intensive, cardiologie, pharmacologie clinique et toxicologie, oncologie médicale, néphrologie, neurologie, pathologie, pneumologie, rhumatologie). L'assistantat au cabinet peut être reconnu comme formation.

Au maximum 12 mois de formation postgraduée clinique ou non clinique (y compris la recherche) peuvent être pris en compte dans la spécialité de son choix et dans un établissement reconnu.

▪ **Les objectifs de formations en médecine interne**

La FMH prévoit que le futur médecin interniste en tant que médecin de premier recours et spécialiste doit être capable de prendre en charge des patients dans le cadre de soins ambulatoires ou hospitaliers. A la fin de sa formation postgraduée, il doit donc être en mesure de :

- « Promouvoir la santé des patients et des groupes de patients par la mise en œuvre de mesures préventives efficaces et individualisées.
- Appliquer des soins ambulatoires ou hospitaliers à des patients aussi bien en situation d'urgence que dans le suivi à long terme, en tenant compte des aspects psychiques, sociaux et culturels.
- Etablir un diagnostic, juger et traiter les pathologies et les problèmes de santé, évaluer correctement le rapport coûts / bénéfice des différentes mesures diagnostiques, thérapeutiques et préventives, ainsi que du recours à d'autres spécialistes et professionnels et à l'hospitalisation.
- Mettre en œuvre les mesures techniques nécessaires à la prévention, au diagnostic et au traitement.
- Coordonner et appliquer ces mesures en collaboration avec les autres acteurs du système de santé publique. » (34)

▪ **Dispositions complémentaires**

Pour obtenir le titre de spécialiste, la FMH prévoit que le futur spécialiste en médecine interne doit :

- « Etre l'auteur principal ou le coauteur d'un travail scientifique accepté par une revue médicale ou comme thèse de doctorat.
- Avoir participé à au moins 3 cours de formation postgraduée reconnus par la Société suisse de médecine interne (SSMI).
- Attester un cours de médecine d'urgence organisé ou approuvé par la SSMI.

- Au minimum 1 an de l'ensemble de la formation postgraduée doit être accompli dans un deuxième établissement de formation postgraduée et ce dans un autre hôpital.
- Il est possible d'accomplir l'ensemble de la formation postgraduée sous forme d'occupation à temps partiel (au moins 50%).
- Au moins 2 ans de formation postgraduée doivent être accomplis en Suisse dans un établissement de formation postgraduée reconnu en médecine interne. » (34)

▪ **L'examen pour le titre FMH de spécialiste en médecine interne**

L'examen a lieu une fois par an et comprend une partie théorique écrite uniquement en anglais et une partie pratique orale. L'examen oral se fait dans la langue choisie par le candidat : français, anglais, allemand ou italien. L'examen vérifie que le candidat a atteint les objectifs FMH de la formation postgraduée.

L'examen est divisé en deux parties:

- La partie écrite dure 4 heures et comprend 120 QCM. Une partie des questions est inspirée des Medical Knowledge Assessment Programs (MKSAP) de l'American College of Physicians .
- Un examen oral pratique, qui évalue principalement les connaissances et compétences pratiques figurant au programme FMH (34).

Il faut avoir réussi à l'examen écrit pour participer à l'épreuve orale. Celle-ci comporte une première partie dit « grand cas » où le candidat interroge et examine un patient pendant 45 minutes puis s'entretient avec un expert d'hôpital et un interniste pendant 30 minutes sur ce cas. Pendant la deuxième partie de l'épreuve, le candidat est interrogé trois fois 20 minutes sur trois cas dits mineurs par un autre groupe d'experts. L'épreuve des cas mineurs comprend un cas clinique mais aussi l'analyse de radiographies, de bilan sanguin, d'analyses urinaires ou ECG.

Comme pour le titre de spécialiste en médecine générale, l'examen peut être répété autant de fois que nécessaire.

	FMH Médecine générale		DES Médecine générale		FMH Médecine interne	
	Durée	Commentaires	Durée	Commentaires	Durée	Commentaires
Médecine interne hospitalière	1 an	Pas d'exigence de catégorie d'établissement	1 an (dont 6mois au CHU)	Stage en médecine adulte (6mois) Stage libre (6mois)	2 ans 1/2	1 an en hôpital de catégorie A
Médecine interne hospitalière ou médecine ambulatoire ou médecine générale	1 an	Assistanat au cabinet ou ambulatoire hospitalier (polycliniques médicales)	6mois 6mois	Stage aux urgences Stage en gynécologie et /ou pédiatrie		
Médecine ambulatoire	1 an	3 mois peuvent être accomplis en milieu hospitalier	6mois	Stage au cabinet du praticien	1 an	Au moins 6 mois dans un cabinet médical. Une polyclinique médicale ou un service de consultations spécialisé Service d'urgence (6 mois max)
Options	2 ans	12 mois au moins dans l'une des disciplines suivantes: chirurgie, gynécologie-obstétrique, chirurgie pédiatrique. Pédopsychiatrie, orthopédie, pédiatrie, psychiatrie. Au maximum 6 mois de formation non clinique ou de recherche	6mois	Stage professionnel dont le SASPAS	1 an 1/2 Max	Au maximum 18 mois dans une des spécialités apparentées à la médecine interne Au maximum 12 mois de formation clinique ou non clinique ou de recherche
Dispositions complémentaires		Cours de laboratoire Cours de médecine d'urgence approuvé par la SSMG Cours de sensibilisation à la médecine générale		200 heures d'enseignement théorique Mémoire de DES 3 FMC Thèse obligatoire Evaluation de l'enseignement		Auteur d'une thèse ou auteur/co-auteur d'un article "peer-reviewed" 3cours de formations reconnus par la SSMI (total minimum de 5 jours)
Examen		Examen de spécialiste en médecine générale		théorique Ecos ou TCS		Examen de spécialiste en médecine interne
Total	5 ans		3ans		5 ans	

Figure 15 : Tableau comparatif de la formation postgraduée.

e) Le titre de médecin praticien

La Loi fédérale concernant l'exercice des professions de médecin (29) prévoit un titre postgrade fédéral de «médecin praticien» à l'issue d'une formation postgraduée de trois ans, au sens de la directive de l'UE (23).

Le titre de médecin praticien est un titre fédéral. Les demandes pour l'obtention de ce titre sont évaluées par la Commission des titres, compétente pour l'octroi du titre de spécialiste en médecine générale. Elle concerne les médecins étrangers en particulier les médecins formés en dehors de l'Union Européenne.

▪ **Durée, structure**

L'obtention du titre de médecin praticien suppose trois ans de formation postgraduée pratique dans un établissement de formation postgraduée reconnu dont (35) :

- au moins 6 mois dans des établissements de formation clinique
- et au moins 6 mois dans des établissements de formation postgraduée en soins ambulatoires.

▪ **Dispositions complémentaires**

- La formation postgraduée de trois ans peut être accomplie entièrement à temps partiel (au minimum à 50%).
- 18 mois sur les trois ans de la formation postgraduée pratique peuvent être accomplis entièrement à l'étranger.
- jusqu'à 12 mois de stage dans un même cabinet peuvent être validés.

Il n'y pas d'examen pour ce titre.

f) Le doctorat en médecine

En suisse, la filière du Doctorat en médecine est accessible aux médecins ayant le diplôme fédéral. Le doctorat n'est pas obligatoire pour être médecin mais la formation postgraduée menant à une spécialité FMH nécessite souvent la publication d'articles ou un travail de thèse de doctorat. Il faut une année de travail à plein temps pour l'obtention d'un doctorat en médecine, cette période de travail est reconnue comme temps de formation par la FMH.

3.3 La promotion de la médecine générale

3.3.1 La promotion de la médecine générale Nancy

a) L'ENC et DES de médecine générale

Jusqu'en 1984, les étudiants en médecine se destinant à une carrière de spécialistes devaient obligatoirement passer le concours de l'internat à la fin du deuxième cycle. Ceux qui réussissaient accédaient au troisième cycle en tant qu'internes et préparaient un diplôme d'études spécialisées en 4 ou 5 ans. Ceux qui échouaient à l'internat et ceux qui ne s'y présentaient pas accédaient au troisième cycle en tant que résidents de médecine générale dans leur faculté d'origine et devenaient médecins généralistes au terme de 3 ans de formation. La revalorisation du métier de médecin généraliste devait passer par une réforme de l'accès au troisième cycle des études médicales. Ainsi en 2004, le décret n°2004-67 du 16 janvier 2004(13) relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales donne naissance au DES de médecine générale et créer l'ENC obligatoire pour tous les étudiants afin d'accéder à l'internat, qui désormais comprend la spécialité « médecine générale ». En novembre 2007, la première promotion de spécialistes en soins primaires a été diplômée.

b)La filière universitaire de médecine générale: vers une reconnaissance universitaire de la spécialité.

Le développement de la Filière Universitaire de Médecine Générale ou FUMG apparaît comme une étape essentielle à la valorisation de la médecine générale. Elle est la garantie d'une formation de qualité pour les futurs médecins généralistes. Elle est en effet un moyen d'améliorer la formation initiale et continue en médecine générale par la création de postes d'enseignants titulaires de médecine générale et par le développement de la recherche en médecine générale afin de donner des référentiels spécifiques aux soins primaires et d'élaborer des recommandations pour la pratique ambulatoire.

La création de l'option Médecine Générale au sein de la sous-section 53-01 Médecine Interne du Conseil National des Universités (CNU) en Octobre 2006 (12) est d'ailleurs une des grandes avancées dans la mise en place de la FUMG. Le CNU

est en effet une instance consultative et décisionnaire chargée en particulier de se prononcer sur le recrutement et la carrière des enseignants-chercheurs (professeurs des universités et maîtres de conférences). Il regroupe section par section toutes les disciplines universitaires. Jusque là toutes les spécialités médicales et chirurgicales étaient représentées par une section ou une sous-section au CNU sauf la médecine générale. En novembre 2007, 16 postes de chefs de cliniques universitaires de médecine générale ont été attribués pour toute la France. A Nancy, le premier chef de clinique universitaire a pris ses fonctions le 3 novembre 2008.

b) L'enseignement de la médecine générale en deuxième cycle :

A Nancy, il n'existe pas de modules spécifiques de médecine générale dans le tronc commun des études. Il n'y a pas de modules coordonnés abordant des questions courantes de médecine générale. Les enseignements dits « de médecine générale » ont pour objectifs de faire découvrir le métier de médecin généraliste aux étudiants. Certains sont optionnels.

▪ **Le module optionnel de médecine générale : « Rôle du médecin généraliste en matière de prévention individuelle et collective »**

Ce module optionnel de médecine générale est proposé aux étudiants du deuxième cycle DCEM2, 3 et 4 qui doivent valider un module optionnel chaque année. Ce module aborde le rôle du médecin généraliste en matière de santé publique. Les cours ont lieu sous forme de 8 Enseignements Dirigés de 3h30 chacun abordant des thèmes comme l'éducation du patient, le dépistage ou encore la prévention en médecine générale. Les cours sont organisés par le DUMG et dispensés par des médecins généralistes enseignants.

Les objectifs de ce module sont :

- Savoir éduquer son patient dans le domaine de la prévention
- s'intégrer comme médecin généraliste dans les réseaux ou équipes multidisciplinaires
- mettre en pratique les règles de base de l'évaluation en santé dans le champ de la médecine générale
- Adapter un programme de prévention à chaque patient

- Analyser un problème de santé publique à partir d'une situation vécue en médecine générale
- Reconnaître le rôle de la médecine générale dans les pratiques de prévention individuelle et collective
- Participer à des actions d'éducation pour la santé en soins primaires
- Connaître les actions de dépistage de masse et de dépistage individuel en médecine générale et leurs applications aux cancers du sein, au cancer colorectal et aux examens de santé.

▪ **le séminaire « Gestes pratiques de médecine générale »**

Ce séminaire obligatoire est organisé en DCEM3 par le DUMG. Il a lieu un samedi toute la journée sous la forme de six ateliers, les étudiants par petits groupes participent à l'ensemble de ces ateliers.

Les ateliers sont organisés et animés par des médecins généralistes installés et maîtres de stage. Ils ont pour objectifs de faire découvrir la médecine générale aux étudiants à travers la présentation des gestes pratiques courants en médecine générale :

- Les gestes qui sauvent : RCP, DSA et manœuvre de Heimlich
- Phlébologie du praticien
- L'examen programmé des articulations du genou et de l'épaule, TDR.
- Atelier ORL : examen de la gorge, du tympan, et du pharynx, bouchon de cérumen
- Gestes pratiques en gynécologie : frottis, pose de spéculum et d'implant
- Les sutures.

Ce séminaire ne donne pas lieu à une question d'examen. Une fiche d'évaluation est complétée par les étudiants à la fin du séminaire, elle permet aux étudiants d'évaluer notamment la qualité des ateliers et leur intérêt.

c) Le stage de médecine générale en deuxième cycle des études.

Le 23 novembre 2006, le décret de mise en place du stage en 2ème cycle de Médecine Générale paraît au journal officiel. « Conformément aux dispositions de l'article 8-II de l'arrêté du 4 mars 1997, à compter de l'année universitaire 2006-2007, les étudiants de première ou de deuxième année de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales effectuent un stage chez un ou des médecins généralistes appelés « maîtres de stage agréés ». Le maître de stage agréé doit exercer son activité professionnelle depuis au moins trois ans. Il est agréé par le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine dont relève l'étudiant, après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche médicale (UFR). » (28)

Ce stage permet de faire découvrir cette discipline le plus tôt possible aux étudiants à l'heure où la médecine générale est une spécialité comme les autres et le médecin traitant placé au cœur du parcours de soin coordonné. La mise en place de ce stage répond aussi à une forte demande des étudiants en médecine de pouvoir découvrir au plus tôt cette spécialité afin de pouvoir être éclairés dans le choix de leur spécialité future.

Durant son stage, l'étudiant accompagne son maître de stage, sous sa responsabilité, dans ses activités de consultations y compris lors des visites à domicile. Les objectifs du stage au cabinet sont de permettre à l'étudiant de :

- appréhender les conditions de l'exercice de la médecine générale en cabinet et la prise en charge globale du patient en liaison avec l'ensemble des professionnels
- appréhender la relation médecin-patient en médecine générale ambulatoire, la place du médecin généraliste au sein du système de santé
- se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale libérale : interrogatoire du patient, analyse des informations recueillies, examen clinique médical, détermination d'un diagnostic, prescription et suivi d'une mise en œuvre d'une thérapeutique
- se familiariser avec la démarche de prévention et les enjeux de santé publique

- appréhender les notions d'éthique, de droit et de responsabilité médicale en médecine générale libérale
- comprendre les modalités de gestion d'un cabinet.

A l'issue de chaque stage, le maître de stage agréé et l'étudiant remplissent une fiche d'évaluation permettant la validation ou non du stage par le directeur de l'UFR de médecine.

d) Les actions locales et associatives.

- **Les soirées de promotion de la médecine générale**

Face à la crise des vocations que connaît la médecine générale et devant la méconnaissance des étudiants pour cette discipline, l'association des internes de médecine générale de Lorraine, RAOUL-IMG et l'ADCN association des carabins de Nancy ont décidé d'agir ensemble et d'organiser une soirée afin de promouvoir la médecine générale auprès des étudiants de leur faculté. Ainsi en février 2007 avant même la mise en place du stage d'externe au cabinet à Nancy, ils ont réunis au total 292 étudiants de premier et deuxième cycle au cours de deux soirées sur le thème de la médecine générale. Au cours de ces soirées les étudiants ont pu visionner un film d'une vingtaine de minutes réalisé par deux étudiants de troisième année et qui présente le quotidien de quatre médecins généralistes d'une maison médicale pluridisciplinaire à Senones dans les Vosges. Ils ont également pu profiter d'une présentation du DES de Médecine Générale et du métier de médecin généraliste préparée par leurs aînés. Des internes en médecine générale et des médecins généralistes installés étaient venus partager leur vision de la profession. Les soirées se sont poursuivies ensuite par un débat permettant aux étudiants de poser des questions aussi bien sur la formation que sur l'exercice au quotidien profitant l'espace de quelques heures de l'expérience de leurs pairs. Ces soirées ont permis, pour certains étudiants, de découvrir une discipline qu'ils ne connaissaient pas. L'impact de ces soirées sur la vision de la médecine générale et l'influence qu'elles ont eu sur le choix de spécialité des étudiants ont fait l'objet d'une évaluation à travers des questionnaires type pré test et post test distribués en début et en fin de soirées. Ce travail d'évaluation a abouti à un mémoire de validation de DES de médecine générale présenté par Antoine Canton interne de médecine générale à la

faculté de médecine de Nancy (36). Ce travail sera complété par un travail de thèse plus approfondi du même auteur.

Les résultats des questionnaires ont mis en évidence une méconnaissance des étudiants du métier de médecin généraliste. Le faible succès que rencontre la discipline à l'ENC s'explique plus par le fait que les étudiants connaissent peu cette spécialité que par leur crainte d'exercer une profession souvent associée à une qualité de vie insuffisante ou encore par le manque d'intérêt du métier lui-même. Certains d'entre eux sont amenés à choisir la médecine générale en aveugle car ils n'ont jamais eu d'enseignement spécifique de médecine générale et encore moins de stage au cabinet.

Même s'il est difficile d'affirmer que ces soirées de promotion de la médecine générale ont motivé certains étudiants à choisir la médecine générale à l'ENC « *la quasi totalité des étudiants a jugé cette soirée intéressante car elle leur a permis de mieux connaître le métier de médecin généraliste. (36) »*

▪ **Les journées de rencontre autour de la médecine générale**

Le samedi 5 avril 2008, à l'initiative de RAOUL-IMG, une journée de formation et de découverte de la médecine générale était organisée pour les étudiants en médecine et les futurs médecins généralistes de Lorraine. Cette journée de promotion de la médecine générale a eu lieu à Monthureux-sur-Saône dans les Vosges, département qui souffre d'un manque de médecins généralistes. Cette rencontre était conjointement organisée par RAOUL-IMG, l'ADCN, le Conseil de l'Ordre des médecins de Vosges, REAGJIR-Lorraine et le Pays d'Epinal- Cœur des Vosges. L'idée était de réunir des étudiants et des internes et des médecins praticiens autour d'une même table pour parler de la Médecine Générale et faire naître des vocations. Lors de la première édition, différents ateliers étaient organisés :

- une séance plénière sur le thème de «La Démographie Médicale : Enjeux en jeu»
- un atelier spécifique pour les étudiants : «Médecin Généraliste : Quelle profession!» et pour les internes : «Premier remplacement : Avant, pendant et après»

- un 2ème atelier avec au choix «L'envie de guérir, l'envie de soigner», «Être généraliste dans les Vosges», «Filière universitaire et recherche : des perspectives d'avenir» ou encore «Médecine Générale et Littérature»
- un 3ème atelier spécifique pour les étudiants : «Le cursus de Médecine Générale» et pour les internes : «La trousse du remplaçant et autres aspects pratiques»
- une séance plénière intitulée «Utopia: Vers un idéal de la Médecine Générale. »

Une deuxième rencontre a été organisée le samedi 28 mars 2009 à Xertigny dans les Vosges. Cette deuxième journée où la Médecine Générale était une fois de plus à l'honneur, visait à favoriser les échanges entre les différentes générations de médecins et les collectivités locales, à mettre en valeur l'exercice de la médecine générale en milieu rural et réfléchir à des solutions pour favoriser l'installation des jeunes médecins dans les campagnes.

Les ateliers de cette deuxième journée comprenaient notamment :

- une séance plénière: «*Nouvelle génération, nouvelles aspirations.* »
- une séance pour les étudiants « *La médecine générale au deuxième cycle* »
- une séance pour les internes « *Mode d'emploi du remplacement* »
- Atelier n°1 « *Dessine moi un médecin... quand le médecin devient artiste* »
- Atelier n°2 « *Bien dans sa thèse, bien dans sa tête («la thèse pour les nuls»)* »
- Atelier n°3 « *Interne ou enceinte, pourquoi pas les deux ?* »
- Séance n°3 (pour les étudiants) « *Le cursus de médecine générale* »
- Séance n°4 (pour les plus internes) « *La trousse du remplaçant* »
- Séance plénière de clôture « *Permanence des soins, s'organiser pour mieux soigner.* »

3.3.2 La promotion de la médecine générale à Lausanne.

a) La médecine générale, une spécialité FMH depuis 1966.

Le titre FMH de médecine générale a été créé en 1966, et le 10 décembre 1992 la Chambre Médicale (a jugé adéquat d'utiliser le terme de «spécialiste en Médecine Générale» (Facharzt für Allgemeinmedizin) dans le but de faire reconnaître cette formation comme spécifique, au même titre que les autres spécialités.

Dès le 19 novembre 1980, la loi suisse impose un enseignement de médecine générale . L'article 17 de l'Ordonnance concernant les examens de médecin précise : «Pour être admis à se présenter à la troisième partie de l'examen final, le candidat doit avoir réussi la deuxième partie et fréquenté un enseignement coordonné sur les questions de médecine générale (...). Les épreuves devront avoir autant que possible un caractère pluridisciplinaire en tenant en particulier compte des problèmes de la pratique médicale générale» (37).

b) Vers une académisation de la médecine de famille : la création de l'IUMG à la faculté de biologie et de médecine de Lausanne.

En 1991, une dizaine de praticiens en collaboration avec le directeur de la PMU, le professeur Alain Pécoud, mettent sur pied un enseignement structuré en médecine générale, dispensé par des médecins installés en cabinet. Ce premier élan en faveur d'un enseignement spécifique de la médecine générale aboutit en 1997 à la création de l'Unité de médecine générale (UMG), reconnue par la Faculté de médecine de Lausanne. Dès 1998, l'activité de l'UMG s'étend à la formation post-graduée en médecine générale puis s'investit peu à peu dans des activités de recherche spécifiques à la médecine de premiers recours. Plus récemment, l'UMG devient IUMG Institut Universitaire de Médecine Générale et confère à la médecine générale le plein statut de discipline académique. Le 20 septembre 2007, la Faculté de Biologie et de Médecine de Lausanne a consacré sa cérémonie d'ouverture des cours à l'inauguration de l'IUMG, sous le titre « La médecine générale, discipline universitaire ». Rattachée à la PMU, cette nouvelle infrastructure institutionnelle est le début du « Généralisme » avec un enseignement spécifique de la médecine générale, une formation plus académique et une activité de recherche en médecine générale. L'institut universitaire de médecine générale est dirigé par des médecins

généralistes travaillant à temps partiel, conservant une activité clinique au cabinet médical. Les tâches de l'IUMG sont :

- le parrainage d'étudiants en médecine
- l'enseignement prégradué de la médecine générale par des médecins praticiens
- la participation à l'organisation de la formation postgraduée en médecine générale
- la recherche en médecine générale
- une centaine de praticiens collaborent à l'IUMG dont la direction assurée par le Docteur Thomas Bischoff et où un poste de professeur a été ouvert depuis peu de temps.

▪ **Le rôle de l'IUMG dans la valorisation d'un enseignement spécifique de médecine générale**

L'IUMG en collaboration avec la faculté de Biologie et de Médecine de Lausanne encourage et coordonne l'enseignement de la médecine générale durant les études de médecine. Les praticiens de l'IUMG, membres du corps intermédiaire de la faculté avec le titre de chargé de cours, assurent un enseignement spécifique de médecine générale et sont coexamineurs à la troisième partie de l'examen final de médecine interne générale. Ils participent activement à l'élaboration du nouveau curriculum lausannois et la mise en place du module « Généralisme », enseignement spécifique de médecine interne générale.

L'IUMG assure également l'enseignement dans le cursus actuel où il intervient de la 1^{ère} à la 6^{ème} année dans différents modules :

- en 1^{ère} année dans le module « Introduction pour les études de médecine » et module « Sciences Humaines » (20h de cours)
- en 2^{ème} année dans les cours intitulés « Expériences et représentations en médecine communautaire » avec des visites au cabinet de praticien organisées par groupe de deux étudiants, « le patient dans la communauté » et « attitudes face à l'intimité et au toucher »

- en 3^{ème} année pour les cours « Sémiologie clinique » et les Enseignements au Cabinet du Praticien ECP ou les « séances pratiques d'anamnèse et de communication »
- en 4^{ème} année pour le cours ayant pour thème « Spécificité de la Médecine Générale : les urgences au cabinet, le travail en réseau, le suivi au long terme » et « le patient difficile »
- en 6^{ème} année, l'IUMG organise les séminaires « problèmes cliniques en médecine générale » et cours « préparation à l'examen compréhensif de médecine interne ».

Actuellement l'IUMG participe à la réforme de l'enseignement prégradué à la faculté de médecine de Lausanne en élaborant des objectifs d'apprentissage de la médecine générale conformément aux recommandations de la WONCA.

L'IUMG organise également le stage de médecine générale en cinquième année. Il effectue et publie des travaux de recherche dans des domaines liés à la Médecine Générale, avec l'appui de la PMU et de l'Institut de Médecine Sociale et Préventive IMSP.

▪ **Parrainage des étudiants**

Depuis 1995, la faculté de médecine de Lausanne et l'IUMG organisent un parrainage des étudiants qui le souhaitent par un médecin généraliste dès la 2^{ème} année. Ce parrainage n'est pas une obligation mais il est une occasion pour les étudiants de découvrir très tôt dans leur cursus de formation la médecine générale ambulatoire. Il offre la possibilité aux étudiants d'établir une relation humaine privilégiée avec un praticien, de découvrir la pratique au cabinet et la relation médecin malade sur la durée. Ce parrainage favorise un enseignement individuel de la médecine générale au cabinet, une sorte de compagnonnage.

Au total 130 médecins généralistes et internistes enseignants formés par l'IUMG collaborent à ce parrainage. L'étudiant et le praticien peuvent à tout moment mettre fin à ce parrainage. L'IUMG procède à une évaluation annuelle du parrainage. Il est recommandé que l'étudiant et son parrain se rencontrent un minimum de cinq fois par an. Les rencontres sont libres, il peut s'agir d'entretiens informels au cabinet ou en dehors, de conseils sur la formation, de discussions sur des dossiers patients, de

participations à des consultations, visites à domicile, etc. L'objectif premier est de faire découvrir la pratique de la médecine générale et faire naître la vocation pour cette discipline.

- **L'IUMG et la formation post-graduée**

L'IUMG a collaboré avec l'AMOV, la PMU et le service des Hospices Cantonaux, afin de mettre en place un cursus de formation post-graduée en médecine générale : le Coursus Romand de Médecine Générale. L'objectif de ce cursus est de former les futurs médecins de premiers recours et de favoriser l'installation en libéral. Des places d'assistant sont réservés à cet effet dans différents services, hôpitaux et cabinets pour assurer la formation de près de vingt-cinq assistants engagés en permanence dans ce cursus à l'échelle de la Suisse romande.

L'IUMG organise également un assistantat au cabinet du praticien, étape indispensable de la formation post-graduée en médecine générale. Un réseau de places d'assistantat au cabinet se développe en Suisse romande, en collaboration, d'une part avec le Collège de médecine de premier recours (CMPR) et l'Unité d'enseignement de médecine générale de Genève (UEMG) pour la formation des maîtres de stage, et d'autre part, avec l'Association des médecins omnipraticiens vaudois (AMOV) et la PMU pour le projet vaudois d'assistantat au cabinet.

- **La recherche**

Les membres de l'UMG participent activement aux activités de recherche spécifique à la Médecine générale en collaboration avec la PMU et d'autres instituts de la faculté de médecine. On peut notamment citer des études réalisées concernant le recours à l'ultrasonographie au cabinet, les problèmes de santé liés au travail et les arrêts de travail en médecine de premier recours, les carences en vitamine B12 ou en fer, ou encore la prise en charge des douleurs thoraciques au cabinet médical. Cette dernière recherche a reçu le premier prix du CMPR (Collège de Médecine de Premier Recours) en juin 2008.

c) La filière d'enseignement prégraduée "médecine générale"

▪ **L'enseignement prégradué de la Médecine Générale**

L'enseignement de la Médecine Générale se fait dès les études à la Faculté de Biologie et de Médecine de Lausanne à travers différents modules de la 1ère à la 6ème année. Il est assuré en partie par des médecins généralistes et médecins internistes membres de l'IUMG et de la PMU qui ont le titre de chargés de cours :

- le module « Médecine : Individu-Communauté-Société (MICS) » en 1ère, 2ème et 3ème année
- le module « Immersion communautaire » en 3ème année
- les Séances pratiques d'anamnèse et compétences cliniques: Skills en 3ème et 4ème année
- les Cours à option de Médecine Générale en 2ème, 3ème et 4ème année
- l'Enseignement au cabinet du praticien ECP en 3ème et 4ème année
- les Cours bloc pmu en 4ème et 6ème année
- le module généralisme en 4ème et 6ème année dès la rentrée 2009
- les Cours de médecine interne générale (Cours MIG) en préparation de l'examen final en 6ème année
- le stage au cabinet de un mois en 5ème année.

▪ **Le module « Généralisme ».**

La mise en place de ce module est prévu dès la rentrée 2009-2010, le module devrait être enseigné en 2 parties : une première partie en 4ème année MMed1 et une deuxième partie en 5ème année future MMed2 du nouveau curriculum de médecine lausannois.

• Définition

Il s'agit de l'activité médicale basée sur la complémentarité entre la physiopathologie, la médecine fondée sur les preuves (Evidence-based Medicine – EBM et épidémiologie clinique), l'expertise du clinicien et les valeurs du patient (figure) permettant la gestion de la complexité de la pratique médicale ambulatoire et

hospitalière de médecine interne générale. La base conceptuelle du module est le modèle bio-psycho-social. (38)

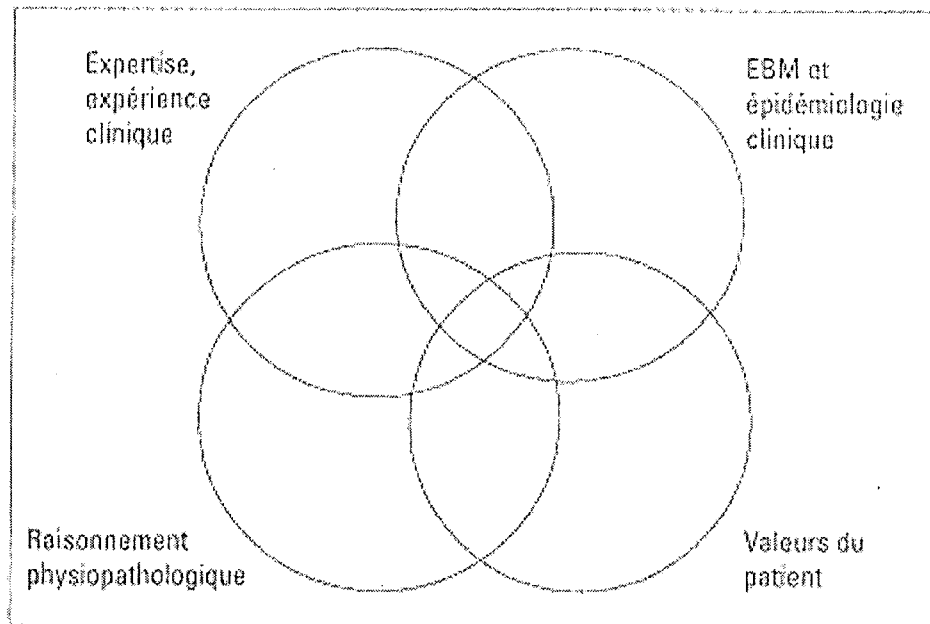


Figure 16 : Illustration du Généralisme

Ce module a pour buts de :

- Sensibiliser et former les étudiants à l'approche intégrative du généralisme en médecine clinique ambulatoire et hospitalière
- Approfondir les situations cliniques les plus fréquentes en pratique clinique de médecine interne ambulatoire et hospitalière avec un accent particulier sur le diagnostic différentiel
- Sensibiliser à une approche globale du patient avec prise en compte de son contexte
- Donner aux étudiants des bases théoriques et les premiers outils de la gestion clinique de la Polymorbidité, de la Complexité et de l'Incertitude
- Sensibiliser les étudiants au travail pluridisciplinaire et à la coordination des soins
- Créer le désir pour le généralisme

- Illustrer la pratique du généralisme (cabinet et hôpital) avec des thèmes comme la fatigue, les troubles de la marche et chute à domicile, les difficultés à respirer, l'adhérence thérapeutique, la compliance, etc.

Les objectifs de ce module sont de familiariser les étudiants avec les caractéristiques du généralisme à savoir :

- une approche transversale centrée sur le patient
- une maîtrise du diagnostic différentiel des syndromes cliniques fréquents
- la gestion de l'urgence
- le suivi au long cours
- le travail en réseau

Les cours seront dispensés sous forme de cours ex-cathedra avec une présentation de patients en session plénière avec plusieurs intervenants (internistes hospitaliers, médecins de premier recours, gériatres, urgentistes, psychiatres, etc.), sous la forme de travail en groupe supervisé par des tuteurs (type Apprentissage Par Problème) avec des vignettes, des cas cliniques, une vidéo ou encore sous la forme de jeux de rôles.

Au total six semaines de cours et une semaine pour les examens réparties entre la 4^{ème} et la 6^{ème} année. Les cours assurés par des médecins de l'IUMG et des médecins cadres des hôpitaux périphériques devraient aborder des questions de médecine interne générale ambulatoire avec des thèmes comme : « Docteur, je suis fatigué. » ou encore « Docteur, j'ai du mal à respirer. »

▪ **Les cours blocs PMU**

Les cours blocs PMU sont organisés en 4^{ème} et 6^{ème} année et ont lieu sous forme de groupe d'étudiants à la PMU.

Ils ont pour but de familiariser les étudiants avec le raisonnement clinique dans le contexte de la médecine interne-générale ambulatoire. Les objectifs des cours blocs PMU sont:

- permettre l'acquisition de compétence et de savoir-être dans la prise en charge initiale d'un patient dans le cadre de la médecine interne-générale ambulatoire selon le modèle bio-psycho-social.
- se familiariser avec le raisonnement clinique :
 - Diagnostic différentiel sur la base de l'anamnèse et examen clinique
 - Investigation clinique
 - Stratégie thérapeutique
- participer à la prise en charge d'un ou plusieurs patients aux urgences avec les médecins-assistants.
- participer aux consultations avec les médecins-assistants.
- participer aux formations cliniques des médecins-assistants.
 - Colloque de cardiologie : présentation de situation clinique ; auscultation
 - Colloque de radiologie : analyse des radiographies standards
 - Colloque « situation critique »
 - Cercle de qualité : présentation de situations cliniques selon thème de la semaine
 - Modules de formation post-graduée du mercredi après-midi
 - Jeudi de la PMU, jeudi de la Vaudoise
- Présenter un travail individuel, se basant sur l'anamnèse et le status clinique d'un patient vu aux urgences avec l'élaboration d'une démarche diagnostic et d'une stratégie thérapeutique.
- Connaître et savoir faire un examen clinique global, tel pratiqué par exemple lors d'un check-up.
- Les cours blocs PMU font l'objet d'un examen au même titre que les autres cours blocs.

- **L'enseignement au cabinet du praticien ECP**

L'ECP est un enseignement complémentaire à l'enseignement au lit du malade (ELM) qui vise à réduire le décalage existant entre l'enseignement théorique de la médecine dispensé à la faculté et la pratique médicale au quotidien en cabinet. Les cours ont lieu en 3ème et 4ème année et donnent lieu à un examen. L'ECP permet

d'illustrer les spécificités de la médecine de premier recours avec la prise en charge au long cours de patients aux pathologies multiples, souvent chroniques, différentes des pathologies plus aiguës illustrées par l'enseignement hospitalier habituel.

Cet enseignement en petit groupe facilite l'interactivité, l'apprentissage et l'exercice de gestes techniques courants en médecine de premiers recours. Cet enseignement a pour buts de :

- relier l'enseignement reçu à la faculté et la médecine de terrain
- renforcer l'intérêt de l'étudiant pour la médecine générale
- familiariser l'étudiant avec des pathologies spécifiques de médecine générale

Les Objectifs généraux sont :

- illustrer la spécificité de la médecine générale
- prise en charge globale d'un patient partenaire
- intégrer le contexte bio-psycho-social
- travailler dans le long cours et la continuité
- travailler avec l'aigu et le chronique
- intégrer l'éducation à la santé et la prévention

Les Objectifs spécifiques sont :

- pratiquer l'accueil du patient et la fin de la consultation
- exercer la prise d'anamnèse permettant de situer le patient dans son contexte bio-psycho-social
- effectuer correctement les gestes de l'examen clinique dirigé
- reconnaître le normal du pathologique

d) La mise en place d'un curriculum de formation post graduée de médecine générale : « le Coursus Romand de Médecine Générale. »

- **Généralités**

Inspiré du travail réalisé par le Docteur Denis Spahni à la Policlinique de Médecine de Genève entre 1992 et 1996 et du modèle de Coursus développé depuis 1999 à la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne par le Docteur Etienne Fréchetin et le Professeur Alain Pécoud, le Coursus Romand de Médecine Générale ou CRMG est

le résultat de la collaboration des groupements de médecins omnipraticiens des six cantons romands, des Unités de Médecine Générale des Facultés de médecine de Lausanne et Genève, et des six Départements de la Santé représentés à la Conférence Romande des Affaires Sanitaires et Sociales. Depuis mai 2007, le CRMG qui dépend d'un point de vue fonctionnel et juridique de la PMU est financé par les cantons romands, les groupements professionnels cantonaux d'omnipraticiens, la SSMG et la FMH. Il a pour mission d'inciter les jeunes médecins à choisir la médecine générale, leur garantir une formation postgraduée de qualité et les préparer à l'exercice de la médecine de famille en cabinet. Le CRMG dispose de places de formation pour les médecins assistants engagés dans le cursus dans les hôpitaux régionaux et cantonaux ainsi que dans les deux CHU romands et dans des cabinets de praticien. Le CRMG collabore avec l'IUMG à la formation des maîtres de stage. Les étudiants et les médecins assistants intéressés sont reçus par une commission d'engagement qui se réunit à la PMU. Une fois intégrés dans le cursus, ils organisent leur plan de formation postgraduée sur en moyenne 7 ans en tenant compte de leur désir d'installation (ville ou campagne), des lieux de formation souhaités et du règlement pour l'obtention du titre FMH de médecine générale. Un contrat pédagogique (en annexe 9) avec les objectifs de formation à atteindre est établi. Un programme informatique permet de suivre la progression de chaque médecin assistant dans son plan de formation. Les médecins assistants participent à des journées de formation reconnues par la FMH comme les congrès de la SSMG. Au total 22 assistants sont engagés dans le cursus et une dizaine d'étudiants s'apprêtent à les rejoindre. Le CRMG s'engage spécifiquement à offrir une formation de qualité à de futurs médecins généralistes, il souhaite ainsi promouvoir une image plus valorisante de la médecine générale, il s'est fixé pour objectifs :

- d'augmenter le nombre de médecins se formant en médecine générale/médecine de premiers recours dans toute la Suisse Romande pour assurer la relève.
- de favoriser la décentralisation de la formation en médecine générale dans toute la Romandie.
- susciter une meilleure répartition des médecins généralistes sur le territoire.

- augmenter la qualité pédagogique et l'attrait de la formation en médecine générale/médecine de premier recours.
- promouvoir une image positive du généraliste et du généralisme
- créer un groupement réunissant médecins généralistes en formation et praticiens.
- susciter une amélioration de la qualité pédagogique dans les établissements et cabinets de formation.
- recenser et évaluer les lieux de formation postgraduée
- créer un office de placement, d'encadrement et de guidance pour les futurs généralistes

e) La création d'un programme d'enseignement au cabinet du praticien pour les assistants : « assistantat au cabinet médical. »

Devant le manque de place de formation en cabinet pour les futurs médecins de premier recours, le collège de médecine de premier recours CMPR en collaboration avec la FMH, l'ASMAV association des médecins assistants vaudois, l'AMOV association des médecins omnipraticiens vaudois, la PMU et l'IUMG a créé en 2005 le projet vaudois d'assistantat au cabinet du praticien dit «Assistantat au cabinet médical». Ce projet pilote permet à un certain nombre de médecins assistants d'accomplir un stage dans un cabinet de médecine de premier recours dans le cadre de leur formation FMH de médecine générale ou de médecine interne. La priorité est donnée aux médecins assistants qui envisagent de s'installer dans le canton de Vaud afin d'assurer la relève des médecins de premiers recours dans la région.

Ce projet vaudois d'assistantat au cabinet permet le financement de deux postes (équivalent plein temps) d'assistant par année. Le médecin assistant a la possibilité soit d'effectuer un stage de 6 mois à 100% en cabinet ou 12 mois à 50%. L'AMOV et le CMPR recueillent les candidatures des médecins assistants et s'assurent de la formation et de l'agrément des maîtres de stage. Le projet est financé à hauteur de 60% par la PMU, 20% par le maître de stage. Le médecin assistant doit renoncer à 20% de son salaire. Ce stage est reconnu comme stage ambulatoire pour le titre de FMH.

f) Le projet "FOROM NV "

Depuis mai 2007, le projet de formation des médecins omnipraticiens du Nord Vaudois «ForOm NV» a été conçu en collaboration avec la PMU, l'IUMG, le CRMG, les médecins installés de la région, et les eHnv (Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois) et avec l'aide du Département de la santé et de l'action sociale. Ce projet prévoit de créer, à partir de 2009, 7 à 10 postes d'assistants chaque année dans les eHnv dont 2 postes en cabinets.

Il s'agit de créer un réseau entre les différents acteurs de la formation (CRMG, IUMG-PMU, projet d'assistantat dans les cabinets, eHnv) et de garantir une formation de qualité pour la relève des omnipraticiens dans le Nord Vaudois, conformément aux exigences de la FMH et de la SSMG. Ce projet de «cursus Nord Vaudois» est une entité du CRMG, il vise à renforcer la formation en médecine de premier recours dans la région.

4 Discussion

4.1 Validité de l'étude : les avantages et les limites de la méthode

Cette étude comparative repose essentiellement sur mon expérience en tant que présidente de l'association RAOUL-IMG de 2005 à 2006 et mon expérience de formation en Suisse.

Durant mes fonctions à RAOUL-IMG, j'ai beaucoup échangé avec les présidents d'associations des internes d'autres villes et les membres d'ISNAR-IMG. J'ai découvert l'organisation de l'internat de Médecine Générale dans les autres villes de France et les actions menées en faveur de cette discipline dans les autres régions. J'ai contribué à la préparation de différentes actions locales à Nancy dont les soirées de promotion de la médecine générale. J'ai aussi travaillé avec les membres du DUMG de Nancy dès 2004 afin d'optimiser les conditions de formation des internes en Lorraine notamment en visitant différents terrains de stage en vue de reconduire leur agrément pour la formation en médecine générale. Aussi la mise en place du stage professionnalisant a été l'occasion d'ouvrir de nouveaux postes de formation de médecine générale à Nancy.

Mon expérience à la PMU m'a permis de découvrir le système de soins suisse au moment où la formation des médecins généralistes helvétiques connaît d'importants changements visant à valoriser la Médecine Générale et la rendre plus attrayante. Mes échanges avec le Professeur Alain Pécoud et le Docteur Etienne Fréchelin ainsi que mes différents entretiens avec des acteurs de la promotion de la Médecine Générale à Lausanne ont été essentiels à la réalisation de ce travail.

Les autres sources utilisées pour le recueil des données (internet, lecture d'articles et de revues médicales suisses, participation au forum Devenir Généraliste) m'ont permis de compléter mon expérience de terrain.

Enfin cette étude se limite à la comparaison des formations et des mesures prises afin de valoriser la Médecine Générale dans deux facultés de médecine, Nancy et Lausanne. Elle ne couvre pas ce qui se passe dans d'autres facultés françaises et suisses. Les initiatives en faveur de la Médecine Générale dans les deux pays sont

nombreuses et pas seulement à l'échelle de ces deux facultés. De plus, les formations varient d'une faculté à l'autre tout particulièrement en Suisse, notre travail n'est donc pas exhaustif.

4.2 Lecture critique des résultats

4.2.1 La formation prégraduée

a) L'organisation du tronc commun et la sélection

- **Les points communs**

La structure des études de médecine en France et en Suisse est comparable. On retrouve un tronc commun avec six ans d'études. Les deux premières années permettent l'assimilation des sciences fondamentales. L'enseignement de la clinique se fait progressivement à partir de la troisième année. Les stages cliniques et l'enseignement de la thérapeutique se font en deuxième partie du cursus des études. La dernière année prépare les étudiants à un important examen qui porte sur l'ensemble des objectifs pédagogiques : le CSCT et l'ENC en France versus l'examen final suisse.

- **Les différences**

- **La sélection**

En France, la structure des études et le programme des enseignements est le même dans toutes les facultés de médecine. La sélection des étudiants se fait par un concours en fin de PCEM1. Le numerus clausus est fixé chaque année pour chaque faculté par arrêté ministériel. Alors qu'il était de 420 places en PCEM2 en 1975, le numerus clausus a considérablement diminué à Nancy comme dans toute la France pour atteindre 135 places pour Nancy en 1993 alors que le nombre de candidats au concours n'a cessé d'augmenter. Cette baisse résultait de la volonté des pouvoirs publics de réduire les coûts de la santé en réduisant le nombre de futurs prescripteurs. Ce n'est qu'au début des années 2000, que le numerus clausus a commencé à augmenter sensiblement. En 2009, le numerus clausus prévu par la loi à Nancy est de 291 places en PCEM2 soit plus du double comparé à la fin des années 90. Cette hausse significative du numerus a été décidée en réponse à la pénurie de

médecins avec pour objectif un numerus de 8000 places dans toute la France en 2011. Cette hausse a été plus marquée dans les régions les moins dotées en médecins. La grande majorité des médecins s'installant dans la région où ils ont été formés, les pouvoirs publics misent depuis plusieurs années sur la formation d'effectifs plus importants de médecins dans les zones où les médecins sont les moins nombreux.

En suisse, le cursus des études de médecine est différent d'une faculté de médecine à l'autre. L'accès aux études de médecine se fait également différemment d'une école à l'autre. Dans les facultés de Bâle, Bern, Fribourg et Zurich, l'accès aux études de médecine est limité par un examen qui a lieu avant l'entrée en première année. Par contre, à Lausanne et à Genève, la sélection se fait en fin de première année. La pratique d'un numerus clausus formel ou informel est de plus en plus contestée par la FAE (fédération des associations étudiantes de l'université de Lausanne) dans le contexte actuel de pénurie de médecins. Bien qu'il n'y ait pas de numerus clausus formel à Lausanne, le nombre d'étudiants admis à poursuivre la formation de médecins est limité à 125. Au cours des dernières décennies, cette sélection se faisait progressivement aux examens propédeutiques en première année puis en deuxième année. Depuis 2004, la sélection des étudiants se fait uniquement à la fin de la première année et n'intervient que si le nombre d'étudiants reçus aux examens de fin de première année dépasse la capacité d'accueil de l'école de médecine, soit environ 125 étudiants. Le nombre d'étudiants admis à poursuivre la formation en médecine a peu évolué ces dix dernières années.

- **Les stages**

L'organisation des stages cliniques se fait aussi différemment : 36 mois de stage à mi-temps, en trois ans, en France contre 10 mois consécutifs de stage à temps plein en Suisse. Durant l'année de stage le seul enseignement dispensé est celui du service où l'étudiant est affecté.

- **L'examen final**

En France, les étudiants de DCEM4 doivent valider le Module 11 équivalent à l'ancien CSCT avec des épreuves écrites et un examen oral. Jusqu'en 2004, les étudiants reçus au CSCT se voyaient attribuer un diplôme dit Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique. Ce diplôme a été remplacé par un diplôme de validation du deuxième cycle des études de médecine qui est reconnu depuis mars 2008 par l'OFSP comme équivalent au titre de médecin fédéral. L'ENC est l'épreuve ultime qui limite l'accès au troisième cycle et détermine le choix des spécialités.

En Suisse, les étudiants en 6ème année, passent l'examen final. Cet examen organisé sur plusieurs semaines est vécu comme un marathon par les étudiants. Les épreuves ont un caractère pluridisciplinaire et tiennent particulièrement compte des problèmes de la pratique médicale générale. En plus d'évaluer les connaissances des étudiants, cet examen permet d'apprécier leur comportement à l'égard du patient en tenant compte de son environnement psycho- social. Cet examen est organisé de façon indépendante par chaque faculté de médecine. Un groupe de travail incluant les Vice-Doyens de l'enseignement des cinq facultés de médecine suisses réfléchit à un nouvel examen final qui serait commun à toutes les facultés de médecine. Dès 2011, le nouvel examen fédéral devrait permettre une évaluation globale plus fiable et reproductible de tous les étudiants suisses par le biais de problèmes cliniques standardisés et d'une grille d'évaluation. Pour les épreuves cliniques, le projet prévoit d'avoir recours à des patients standardisés ou des comédiens qui auront appris à jouer de façon reproductible le rôle d'un patient présentant un cas clinique. Les objectifs évalués lors de cet examen fédéral sont ceux du nouveau Catalogue Suisse des Objectifs d'Apprentissage (édition juin 2008). L'examen final permet la délivrance du titre fédéral de médecin. Il donne le titre de docteur par défaut puisque le doctorat n'est pas obligatoire. Ce titre ne donne pas le droit d'exercer de façon indépendante. Il permet au médecin assistant d'exercer sous la responsabilité d'un médecin ayant un titre FMH. Il n'y a pas d'examen qui limite l'accès aux spécialités comme l'ENC.

b) La réforme LMD

En France, la réforme LMD tarde à être appliquée aux études de médecine. Alors qu'elle est déjà entrée en vigueur pour les autres filières, elle n'est prévue que pour

2010-2011 en médecine. L'organisation du tronc commun en six ans rend difficile l'application de cette réforme dans la mesure où Licence et Maîtrise doivent être validées en cinq ans.

La réforme LMD est appliquée au cursus suisse depuis la rentrée 2008-2009. Les études de médecine en Suisse sont désormais organisées en trois niveaux : Bachelor, Master et Doctorat. Les crédits ECTS et la mise en place d'un examen final commun devraient rendre la formation plus homogène et permettre une plus grande mobilité des étudiants entre les facultés. L'organisation des stages cliniques en 6ème année facilite l'application du LMD et permet la validation du Master après cinq ans d'études.

c) L'exposition à la médecine générale

Selon la Définition européenne de la Médecine générale/Médecine de premier recours (1), « la médecine générale est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques ». Un enseignement de la médecine générale durant les études est primordial pour valoriser la discipline et conforter son statut universitaire. On ne peut envisager la médecine générale comme une spécialité alors que celle-ci est insuffisamment voire pas du tout représentée dans le programme des études. Elle doit se doter d'un enseignement de qualité avec un contenu spécifique. Les étudiants de médecine à Lausanne sont plus exposés à la Médecine Générale qu'à Nancy. Ils bénéficient d'un enseignement de médecine générale plus spécifique. Les enseignants chargés de cours sont des praticiens de médecine de premiers recours et interviennent de la première à la sixième année avec un volume horaire de cours plus important. Cet enseignement spécifique permet aux étudiants de se familiariser très tôt avec la discipline en découvrant ses spécificités de prise en charge au long cours, sa complexité liée aux polyopathologies et à la relation particulière entre médecin et malade. La mise en place du module « Généralisme » est un des points forts de la réforme des études de médecine à Lausanne permettant un enseignement plus centré sur le patient et le besoin de la communauté. Le parrainage d'un étudiant par un médecin généraliste dès la deuxième année

d'études et le stage chez le praticien permettent aux étudiants de découvrir la pratique de médecine générale au même titre que les spécialités hospitalières.

A Nancy, les cours de médecine générale sont moins spécifiques. Il s'agit soit de modules optionnels sur le rôle de prévention du médecin généraliste soit de séminaires sur les gestes au cabinet ne faisant pas l'objet d'un examen. Le stage en cabinet est prévu par la loi depuis 1997 mais n'est possible que depuis 2007.

d) L'accès au troisième cycle et à la formation postgraduée

En 2004, la réforme du troisième cycle des études de médecine a instauré l'ENC comme condition d'accès au troisième cycle. Dans ce nouveau régime, à l'issue de cet examen et sous réserve de validation de leur DCEM, les étudiants peuvent choisir une discipline (dont la médecine générale) et une unité de formation et de recherche en fonction de leur rang de classement et des postes offerts.

Cet examen, souvent mal vécu par les étudiants, demande une préparation de longue haleine commencée dès la quatrième année. Souvent décrié aussi bien par les étudiants que par les enseignants, la légitimité de cet examen est actuellement remise en question. Pour certains il faudrait le supprimer alors que d'autres sont favorables à un classement inter régional. Il est reproché à l'ENC de favoriser le bachotage conduisant les étudiants à se focaliser sur les connaissances théoriques et les objectifs pédagogiques de cet examen. De plus les étudiants préfèrent préparer cet examen avec des livres et les photocopiés nationaux et négligent la formation pratique des stages et les cours dispensés dans les facultés. Enfin cet examen n'évalue pas correctement la préparation des futurs médecins à l'exercice de leur métier car il ne couvre pas suffisamment l'évaluation des compétences pratiques. Il n'évalue pas non plus l'approche globale du patient ni la relation médecin-malade.

En Suisse, il n'y a pas d'examen qui détermine le choix de spécialité des futurs médecins. Le diplôme fédéral est la seule condition pour accéder à la formation postgraduée. Une fois le diplôme fédéral obtenu, les futurs médecins doivent planifier eux-mêmes leur formation postgraduée conformément aux recommandations FMH. Ils doivent trouver eux-mêmes une place de médecin assistant dans la spécialité qu'ils souhaitent. Ils peuvent postuler spontanément dans les services qui organisent

une à deux commissions d'engagement par an, ou envoyer leur candidature en réponse à des annonces de remplacement. Les places étant limitées surtout dans les CHU, ils sont souvent amenés à se former d'abord dans les hôpitaux périphériques pendant 2 à 3 ans dans la spécialité qu'ils envisagent ou en médecine interne s'ils envisagent une sous-spécialité médicale. Une expérience de deux ans en périphérie est d'ailleurs une condition d'engagement dans les centres hospitaliers universitaires. Comme en France, certaines spécialités ont plus de succès que d'autres, c'est pourquoi il y a des listes d'attente et les délais pour obtenir un poste dans certaines spécialités vont de deux à trois ans. Par exemple, pour obtenir une place de formation en Cardiologie à l'HUG de Genève, il faut attendre 2013, ou encore 2012 pour une place en Endocrinologie au CHU de Lausanne. Les assistants passent ainsi plusieurs commissions d'engagement afin d'établir leur plan de formation sur plusieurs années jusqu'à valider l'ensemble de leur formation pratique et se présente ensuite à l'examen FMH pour obtenir le titre de spécialiste. Le plus difficile pour les étudiants est de trouver une place de formation dans la spécialité qu'ils veulent exercer et ce dans un délai raisonnable. Une fois le plan de formation assuré pour les 5 ou 6 ans (selon la spécialité), le médecin assistant doit s'inscrire à la fédération des médecins pour le titre de FMH dans la spécialité choisie, il doit adresser à la FMH les certificats, les protocoles d'évaluation et autres formulaires d'évaluations spécifiques requis et enfin réussir à l'examen de spécialiste.

Pour le cas particulier de la formation postgraduée en médecine générale, les médecins assistants ont moins de difficultés à valider leur formation pratique qui se fait essentiellement en périphérie. Ils ne doivent effectuer qu'une année de formation dans un établissement hospitalier de catégorie A (équivalent CHU), le reste de leur formation se fait en périphérie. Ils ont plus de difficultés à trouver des postes dans les services de spécialités comme l'ORL, la dermatologie ou la pédiatrie où aucun poste ne leur est réservé. Le plus difficile reste cependant la validation du stage en cabinet par manque de terrain de stage d'où le projet d'assistantat au cabinet développé dans le canton de Vaud et la mise en place d'un cursus romand de médecine générale.

4.2.2 La formation postgraduée

a) La durée de formation

Le DES de médecine générale se valide en trois ans alors que la formation FMH de médecine générale dure cinq ans. En réalité la formation postgraduée des médecins généralistes suisses dure plus longtemps avec une moyenne de 7 à 10 ans (39). Les médecins assistants mettent plus de temps à valider les objectifs FMH par manque de places de formation dans certaines spécialités (ORL, traumatologie, gynécologie ou pédiatrie) ou en cabinet. Ils sont aussi amenés à compléter leur formation à défaut de pouvoir s'installer en cabinet à cause de la clause du besoin qui limite l'ouverture de nouveaux cabinets. Cette clause ainsi que l'absence de dynamisme en faveur de l'installation ou encore le confort du statut de salarié et la peur du statut d'indépendant poussent les médecins vers des carrières hospitalières. L'allongement de la durée de formation des médecins assistants et les freins à l'installation sont des facteurs de pénurie de médecins de premiers recours en Suisse. Pourtant, le 5 juin 2008 le Parlement fédéral a décidé de poursuivre le moratoire sur l'ouverture de nouveaux cabinets jusqu'à fin 2009.

b) L'organisation de la formation

En France, la formation postgraduée est défini par le Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004(13) relatif à l'organisation du Troisième Cycle des Etudes Médicales et l'Arrêté du 22 septembre 2004 qui fixe la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées en médecine. Le contenu de chaque diplôme d'études spécialisées est précisé dans une maquette annexée à cet arrêté. Celle-ci définit la durée de la formation, le programme des enseignements théoriques et les stages de formation pratique. La formation est coordonnée par les UFR, elle reste universitaire. Le DUMG placé sous l'autorité du doyen organise le DES de médecine générale. Il forme les maîtres de stage, agrée les services hospitaliers et les cabinets de praticiens où les internes de médecine générale sont affectés. Il est chargé de l'enseignement théorique et assure le suivi pédagogique des internes pendant les trois années. Il collabore avec les autres disciplines à l'organisation des enseignements dans le

deuxième cycle des études médicales et développe également des activités de recherche.

La formation postgraduée des médecins suisses ne dépend pas de la faculté de médecine, elle est organisée par la FMH. Une fois que le futur médecin a obtenu son diplôme fédéral, il quitte la faculté de médecine et organise sa formation seul selon les programmes de la FMH. C'est la FMH qui par exemple définit ou modifie le contenu des programmes de formation, agréer les établissements de formation ou encore attribut le titre de spécialiste, seul titre officiel reconnu mais qui n'est pas un titre universitaire.

c) La formation spécifique de médecine générale

- **Une grande diversité des plans de formation des médecins généralistes en Suisse**

Le DES de médecine générale est organisé en six semestres dans des services bien déterminés dont un service d'accueil des urgences, un service de médecine adulte, un service pédiatrie et/ou gynécologie, etc. Tous les internes de médecine générale sont donc formés selon le même plan ou maquette de stages.

En suisse, le programme pour le titre FMH de Médecine générale ne correspond pas à une maquette avec dix stages obligatoires mais à des recommandations minimales : 1an minimum de médecine interne hospitalière, 1an minimum de formation ambulatoire, 2 années à options qui peuvent être effectuées dans des spécialités très différentes comme la pédiatrie, l'orl, la dermatologie, la chirurgie orthopédique, la psychiatrie ou encore dans la recherche. Ceci aboutit à des plans de formation très différents d'un médecin à l'autre (Annexe 8). Nous avons cependant pu constater que le plan de formation qui prévaut actuellement à Lausanne et que vise la plupart des médecins assistants se destinant à la médecine générale est le suivant :

- trois ans de médecine interne (un an en périphérie, un an en service universitaire, un an en policlinique)
- un an de chirurgie (traumatologie, urgences chirurgicales, «petite» chirurgie)
- un an de psychiatrie (relation médecin-malade, psychothérapie)
- six mois au minimum d'assistantat au cabinet médical

- six mois d'ORL et six mois de dermatologie mais aussi éventuellement selon l'orientation de sa pratique six mois de gynécologie, de pédiatrie, d'alcoologie et dépendances ;
- un an de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs.

Ce même plan de formation est recommandé par le CRMG.

▪ **Le stage ambulatoire chez le praticien**

A Nancy, le DES de médecine générale comprend un stage obligatoire de six mois chez le praticien et offre la possibilité de faire un deuxième stage ambulatoire en cabinet sous la forme d'un SASPAS. La FMH n'oblige pas le médecin assistant à faire son année de formation ambulatoire dans un cabinet de médecine générale. Le stage ambulatoire peut être effectué dans une autre spécialité comme par exemple dans un cabinet de pédiatre, dans un service d'accueil des urgences ou dans un service de consultation ambulatoire comme à la PMU. Ainsi beaucoup de médecins suisses sont amenés à s'installer dans un cabinet de médecine de premiers recours sans jamais s'être formés chez le praticien. La FMH prévoit toutefois que « *si, au cours de sa formation postgraduée, le candidat n'a pas accompli de période d'assistantat au cabinet médical, il doit suivre au moins 2 cours de sensibilisation à la médecine générale organisés ou reconnus par la SSMG* ». (33) Ceci paraît insuffisant pour bien préparer un futur médecin à l'exercice en cabinet. Un des objectifs du projet vaudois d'assistantat au cabinet est justement de permettre aux futurs généralistes de se former en cabinet pendant six mois au minimum.

▪ **La formation théorique**

La formation théorique en troisième cycle de médecine générale à Nancy est organisée par le DUMG. Il s'agit d'un enseignement universitaire de 200 heures et faisant l'objet d'une évaluation. Chaque semaine les internes sont libérés de leurs fonctions hospitalières pour assister à une demi-journée d'enseignement dispensé au sein du DUMG. Ces enseignements traitent de questions spécifiques de médecine générale et préparent les futurs médecins à l'exercice ambulatoire avec

des thèmes pratiques sur l'installation, la gestion du cabinet. Ils participent également à des séminaires, des congrès et autres FMC.

La validation du troisième cycle de médecine générale prévoit la réalisation et la présentation par les internes d'un travail de mémoire de médecine générale. Les internes ont aussi la possibilité de faire un travail de recherche en médecine générale avec le soutien du conseil scientifique du DUMG.

En Suisse, la formation postgraduée ne dépend pas des facultés de médecine, les futurs médecins généralistes bénéficient des seuls enseignements organisés dans les services où ils sont engagés. Ces cours sont en fait des colloques traitant de questions très spécifiques de pathologies d'organes. Les établissements hospitaliers de formation postgraduée dispensent une formation de qualité mais principalement destinée à de futurs spécialistes hospitaliers. Peu d'entre eux ont développé un enseignement spécifique pour les futurs généralistes comme c'est le cas à la PMU. A Lausanne, il n'existe pas d'enseignement postgradué spécifique de médecine générale coordonné par un département comme le DUMG en France. Les médecins assistants préparent seuls l'examen de spécialiste en se référant aux objectifs FMH. Le CMPR et la SSMG organisent cependant des cours obligatoires pour le titre FMH comme le certificat d'aptitude technique pour la pratique du laboratoire au cabinet médical ou le cours de sensibilisation à la médecine générale pour les médecins qui n'auraient pas eu de formation au cabinet. Des journées de préparation à l'examen de spécialiste sont organisées par le CMPR. La PMU organise un enseignement plus adapté à la formation de médecine générale ambulatoire. Le programme de formations des médecins assistants engagés à la PMU comprend des colloques de médecine interne générale avec des présentations et des discussions de situations intéressantes en médecine interne/générale avec mise à jour des connaissances et une illustration par des cas cliniques. Cet enseignement comprend également des groupes balint, des colloques de radiologie permettant une relecture en présence d'un radiologue des radiographies demandées par les médecins assistants dans le cadre d'une consultation de médecine générale ou d'une garde. Les Cercles de qualité permettent la présentation de cas cliniques par les médecins de la consultation générale en présence d'un spécialiste dans des domaines variés de médecine interne/générale avec des discussions en groupe au sujet des attitudes

diagnostiques et thérapeutiques. Des modules de formation continue sont dispensés à la PMU et permettent l'enseignement d'attitudes dans des domaines spécifiques de la médecine interne/générale (tabacologie, alcoologie, relation médecin-malade, raisonnement clinique, enseignement thérapeutique en diabétologie et pneumologie, toxicologie et dépendance, drapeaux rouges en urgences ambulatoires, éthique). La PMU organise aussi « les jeudis de la PMU » qui sont des séminaires interactifs en groupes avec un praticien et un spécialiste sur la base de cas cliniques sur des sujets de médecine/interne générale. Les jeudis de la PMU sont organisés par les chefs de clinique de la consultation générale conjointement avec des spécialistes du CHUV.

d) Deux formations FMH pour le même exercice.

En France, médecine générale et médecine interne sont deux spécialités bien distinctes, seuls les généralistes assurent la fonction de médecin de premiers recours/ médecin de famille. Les médecins internistes exercent exclusivement dans les services hospitaliers de médecine interne générale ou assurent une consultation ambulatoire au sein de l'hôpital.

En suisse, les médecins de premiers recours sont des médecins avec des formations différentes. On retrouve ainsi parmi eux des généralistes, des internistes mais aussi des pédiatres ou des gynécologues. L'existence de deux titres FMH et un titre de médecin praticien pour l'exercice de la médecine de premier recours est une particularité suisse.

Le titre de médecin praticien est délivré aux médecins étrangers qui demandent une reconnaissance de leur diplôme. Les médecins suisses ont donc le choix entre deux formations. Les deux parcours de formation présentent certes des similitudes mais aussi des différences. La formation des généralistes insiste davantage sur la médecine ambulatoire et des spécialités variées, en particulier la chirurgie, la pédiatrie et la psychiatrie. Les exigences de formation en médecine interne hospitalière sont moins importantes pour les généralistes, puisqu'une seule année peut suffire alors que deux ans et demi sont requis pour le FMH de médecine interne. La formation FMH de médecine générale n'exige pas comme en médecine interne d'être l'auteur principal ou le coauteur d'un travail scientifique. Les objectifs de

formation de la FMH aussi bien pour le titre de médecine générale que celui de médecine interne ressemblent plus à un catalogue d'objectifs généraux ne tenant pas compte de la spécificité de la pratique en médecine de premiers recours. Le degré de compétence pour chaque aptitude est peu défini, de même que le moyen de contrôler que celle-ci a été acquise. Les objectifs de formation des futurs généralistes et internistes devraient être déterminés en fonction de leur activité future. S'il est évident qu'un médecin généraliste qui envisage de s'installer en milieu rural doit se former en pédiatrie ou encore en traumatologie et petite chirurgie, cela paraît peu nécessaire en ville. De même un interniste hospitalier en périphérie doit maîtriser des gestes techniques comme la ponction de moelle osseuse ou encore la pose de voie veineuse centrale mais ce n'est pas utile pour un interniste en cabinet. Même si beaucoup de points les opposent, les généralistes et les internistes ont des regroupements communs comme l'AMOV association des omnipraticiens vaudois qui les représente et défend leurs intérêts, ils assurent les mêmes fonctions dans des structures comme la PMU qui engage et forme aussi bien des futurs internistes que des futurs généralistes. Une nouvelle société savante de médecine de premiers recours devrait bientôt voir le jour en Suisse elle regrouperait la SSMG, la SSMI et le CMPR.

Les médecins assistants qui se destinent à la médecine générale hésitent ainsi entre deux titres mais surtout deux formations différentes. Si certains médecins assistants choisissent plutôt le titre FMH de médecine interne c'est parce qu'ils hésitent entre médecine interne générale hospitalière et médecine ambulatoire ou tout simplement parce qu'ils envisagent de faire une sous spécialité comme l'Endocrinologie, Maladies Infectieuses, etc. La question du choix de titre et de formation à la médecine interne/ générale fait l'objet d'un débat avec une réflexion engagée sur la mise en place d'un diplôme unique avec une formation comprenant un tronc commun de médecine interne hospitalière et un tronc spécifique selon que le médecin se destine à la médecine interne hospitalière, à la médecine générale de ville ou à la médecine générale en milieu rural. Même si la SSMI a clairement fait part de son opposition au projet de fusion des sociétés de médecine générale et de médecine interne et à la création d'un diplôme unique, ce projet semble présenter des avantages pour la médecine de premiers recours comme le souligne le professeur

Alain Pécoud (40). « *Une société unique attirerait davantage de médecins en formation vers la médecine générale/interne et permettrait de structurer et consolider la formation et la recherche, particulièrement en médecine ambulatoire.* »

Plutôt que de faire disparaître une discipline ou même une formation au profit d'une autre, il semble primordial de redéfinir les champs d'action des deux disciplines, l'une hospitalière et l'autre ambulatoire qui se compléteraient comme c'est le cas en France.

4.3 La valorisation de la discipline

4.3.1 La valorisation de la médecine générale à Nancy

a) Le stage au cabinet en DCEM

Jusqu'en 2007, la médecine générale était une discipline mal connue ce qui explique en partie le manque d'intérêt des étudiants pour cette discipline et la désaffection à l'ENC.

Il a fallu près de 10 ans pour que les étudiants aient la possibilité de découvrir la médecine générale et les soins primaires en deuxième cycle. En 1997, un premier arrêté ministériel (28) prévoyait déjà la création d'un stage en Médecine Générale ambulatoire pour les étudiants de deuxième cycle. Durant des années, le manque de maîtres de stage et les difficultés de financement ont été un frein à la mise en place effective de ce stage d'initiation à la médecine générale. Ce n'est qu'à la rentrée 2007, que les premiers étudiants ont pu choisir ce stage au même titre que les stages hospitaliers durant leur externat. Désormais pour valider le deuxième cycle, l'étudiant doit effectuer un stage chez un médecin généraliste au même titre que les autres stages hospitaliers. Ce stage valorise la médecine générale en tant que discipline universitaire et devrait permettre aux étudiants de mieux connaître cette spécialité et faire un choix éclairé à l'issue de l'ENC.

b) La spécialité de médecine générale à l'ENC

Depuis 2004, la médecine générale est une spécialité à part entière, elle figure à l'ENC au même titre que les autres spécialités. Cette réforme de l'accès au troisième cycle des études de médecine a été largement plébiscitée par les étudiants. Au lieu d'être vécu comme un obstacle supplémentaire (qui n'existait pas avant, l'ancien

internat n'incluant pas la médecine générale) il est vu comme une mesure de valorisation de la médecine générale, comme une réponse au dénigrement dont souffre cette discipline depuis longtemps considérée comme la voie de l'échec ou encore le choix par défaut. L'internat conduisait en effet à une sélection des futurs médecins généralistes par l'échec (ceux qui ne réussissaient pas à l'internat) ou par défaut (ceux qui ne se présentaient pas à l'internat) et accentuait le manque de considération et d'attrait pour cette discipline. Désormais tous les étudiants sont soumis à l'ENC et la médecine générale devient une spécialité dotée d'un diplôme d'études spécialisées. Cette réforme valorise la médecine générale et pourtant les premières années les résultats de la médecine générale à l'ENC ont été catastrophiques : 2000 postes non pourvus dans toute la France lors des trois premières éditions des ECN. Les étudiants choisissent la médecine générale en dernier ou préfèrent encore redoubler et tenter une deuxième fois l'ENC espérant une autre spécialité. L'inadéquation entre le nombre de postes ouverts et le nombre de postes choisis a fortement pénalisé la médecine générale. Le nombre d'internes par rapport au nombre de résidents a été divisé par deux à Nancy en l'espace de trois ans.

L'accès de la médecine générale au rang des spécialités de l'ENC ne suffit pas pour que les étudiants fassent le choix de cette discipline. Sa valorisation ne peut se faire sans la création d'une véritable filière universitaire de médecine générale. Aussi il subsiste toujours une distinction entre généralistes et spécialistes qui peut prêter à confusion, puisque d'après le Code de l'Education, il y a d'un côté une qualification en médecine générale et de l'autre une qualification en spécialité. Le Code de l'Education ne mentionne pas de qualification de spécialiste en médecine générale. Cette différence entre médecins généralistes et médecins spécialistes est également maintenu dans le Code de la Sécurité sociale et le Code de la Santé publique. Les médecins généralistes devenus spécialistes ne peuvent pourtant pas facturer leur consultation C comme une consultation spécialisée Cs.

c) Le DES de médecine générale

- **Les points forts du DES**

Depuis la réforme de l'accès au troisième cycle des études, la médecine générale est reconnue comme une spécialité mais surtout elle se voit dotée d'un DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) de médecine générale. Désormais pour être docteur en médecine il ne suffit plus de soutenir une thèse en fin de troisième cycle, il faut aussi valider le DES de médecine générale. Conformément aux dispositions de l'article 12 de l'arrêté du 22 septembre 2004(13) fixant la liste et la réglementation des DES de médecine, pour valider le DES, les internes doivent valider les stages, l'enseignement théorique mais aussi rédiger et soutenir un mémoire. Ce mémoire est l'occasion pour les futurs médecins de s'exercer à la réalisation d'un véritable travail de recherche clinique ou fondamentale de médecine générale. Contrairement à la thèse qui peut porter sur un sujet qui ne relève pas de la médecine générale, le mémoire doit obligatoirement porter sur un thème spécifique ou un ensemble de travaux de médecine générale. Le sujet du mémoire doit être préalablement approuvé par le conseil scientifique du DUMG. Ce travail de mémoire de médecine générale contribue à la valorisation de cette discipline. Avant cette réforme, les internes de médecine générale étaient les seuls internes à ne pas avoir de mémoire à valider en fin d'internat.

▪ **La réforme nécessaire du DES**

La seule reconnaissance de la médecine générale comme spécialité ne suffit pas. Il faut renforcer la formation initiale des praticiens en soins primaires conformément aux exigences européennes. La formation doit être plus adaptée à la pratique du métier de médecin généraliste afin d'apporter aux patients une offre de soins de qualité et doit permettre aux généralistes de remplir le rôle de pivot dans l'organisation du système de santé.

Le DES de médecine générale doit privilégier la formation ambulatoire et mieux préparer les futurs médecins à la spécificité de leur métier, les soins primaires tel que définit par la WONCA Europe (1). Le DES de médecine générale, tel qu'il se présente actuellement, ne tient pas suffisamment compte des spécificités de la médecine de premier recours. C'est pourquoi il apparaît nécessaire de réformer le DES en y intégrant plus de stage ambulatoire et moins de stages hospitaliers. Dans l'actuelle maquette de DES, sur les six stages, un seul stage au cabinet du praticien

est obligatoire ce qui paraît insuffisant quand on se destine à une activité de soins primaires. Tous les étudiants n'ont pas la possibilité de faire un SASPAS. Il faudrait donc un deuxième stage obligatoire au cabinet. Il faudrait que les internes qui envisagent un exercice en milieu rural aient la possibilité de faire un stage de pédiatrie et un stage de gynécologie. Ils ne devraient pas choisir une discipline au détriment de l'autre. Ils devraient pouvoir se former davantage à la traumatologie et la petite chirurgie, compétences indispensables à un médecin généraliste dont le cabinet se situerait à plus d'une heure du premier hôpital.

Une meilleure formation à la permanence des soins PDS est également essentielle. Les futurs médecins sont actuellement mal préparés à la PDS qu'ils appréhendent d'ailleurs beaucoup. Il faudrait envisager un enseignement spécifique sur la PDS mais aussi la participation des internes à des gardes au cabinet avec une supervision indirecte.

Une formation plus adaptée à l'exercice de la médecine de premiers recours suppose un temps de formation plus adapté aux besoins de la pratique. Un DES en trois ans ne permet pas d'atteindre tous les objectifs de formation à la médecine en soins primaires, les internes de médecine générale sont également pénalisés lorsqu'ils envisagent de valider un DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires), deux stages de la maquette du DESC devant être validés durant l'internat. C'est pourquoi ISNAR-IMG propose une réforme du DES de médecine générale en quatre ans (41) avec une maquette à la hauteur de celle des autres spécialités. Ce nouveau DES aurait pour ambition de :

- proposer à l'étudiant une maquette plus professionnalisante, préparant davantage à l'exercice de la médecine générale ;
- corriger les inégalités de formation entre les internes des différentes spécialités, en termes de temps de formation et de répartition des valences de stages en fonction de la filière choisie ;
- maintenir l'accès à des DESC, tout en proposant une formation initiale à la médecine générale suffisamment solide pour justifier le caractère complémentaire du diplôme
- établir une équité dans l'accès aux DESC ouverts à partir de plusieurs DES, en homogénéisant la durée d'étude pour un même diplôme ;

- proposer de manière effective un cheminement professionnalisant, et ouvrir un temps dédié au développement d'un projet professionnel personnel. » (41)

Aussi un DES de médecine générale en 4 ans serait plus valorisant pour la discipline par rapport aux autres spécialités dont les DES durent 4 à 5 ans.

d) Le Filière Universitaire de Médecine Générale et le clinicat de médecine générale
Le manque de perspectives et de possibilités d'évolution de carrière universitaire explique que certains étudiants se détournent de la médecine générale ou que certains généralistes s'orientent vers un exercice hospitalier, vers la santé publique ou la médecine du travail, ou encore un exercice libéral particulier.

La création d'une filière universitaire de médecine générale est primordiale pour que cette discipline retrouve ses lettres de noblesse. La médecine générale est définie comme une discipline académique par la Wonca Europe (1) mais dans les faits jusque octobre 2006, la discipline n'était pas représentée au CNU. Alors que la première promotion de spécialistes en soins primaires a fini sa formation en 2007, ce n'est que le 29 janvier 2008 que l'Assemblée Nationale a adopté dans l'urgence la proposition de loi relative aux personnels enseignants de médecine générale. Cette loi vient conforter le statut universitaire de la médecine générale et des soins primaires ambulatoires créant le statut de chefs de clinique en médecine générale et définissant ses missions d'enseignement et de recherche en médecine générale. Il s'agit là d'une avancée considérable dans la construction de la FUMG. Cette reconnaissance universitaire de la médecine générale devrait permettre aux internes de médecine générale de suivre une formation spécialisée de qualité, adaptée à leur futur exercice ambulatoire et d'envisager une carrière de maîtres de conférences ou encore de professeur en Médecine Générale. Malheureusement le nombre de postes ouverts de chefs de clinique de médecine générale (16 dans toute la France et un seul à Nancy) est insuffisant pour prétendre à une véritable FUMG. Aussi certains aspects du clinicat en médecine générale restent à définir comme la formation spécifique à la recherche par la création d'un master recherche spécifique de médecine générale ou encore la titularisation des enseignants associés déjà existants et des professeurs de médecine générale. Les enseignants actuels sont

des maîtres de conférences ou des professeurs associés avec un statut de contractuel. Une des conséquences directes de ce statut est qu'un généraliste enseignant peut diriger une thèse mais ne peut être président de jury.

4.3.2 La valorisation de la médecine générale à Lausanne

a) Le Généralisme

Le généralisme est un terme que l'on ne retrouve pas dans le vocabulaire français, le dictionnaire français définissant le mot généralisme comme un nom masculin qui désigne une attitude ou un acte qui consiste à généraliser (définition Robert). En Suisse comme au Canada, de l'anglais « generalism (in medicine) », le généralisme désigne une approche globale intégrative en médecine. D'après le docteur Etienne Fréchelin, la définition du généralisme en médecine reste plutôt intuitive et implicite. Il s'agit de « l'activité médicale basée sur la complémentarité entre l'expérience du médecin, la médecine fondée sur les preuves, l'épidémiologie clinique, la physiopathologie et les valeurs du patient comme celles du médecin et permettant la pratique de la médecine générale ambulatoire sur une base conceptuelle bio-psycho-social. ». Le terme Généralisme désigne ainsi un modèle favorisant une approche bio-psycho-sociale dans la prise en charge des patients, un modèle qui associe des soins intégrés à l'individu et une « conscience sociale », c'est-à-dire la capacité pour les soignants de penser en permanence que le patient individuel est aussi un membre d'une communauté. Le généralisme qui favorise une approche centrée sur le malade et les besoins de la communauté apparaît aujourd'hui comme la réponse à la sur-spécialisation de la médecine aboutissant à un véritable morcellement des soins.

La notion de généralisme en médecine rejoint aussi la notion de médecine holistique qui se définit comme une pratique visant à traiter la personne de façon globale (le corps et l'esprit) et non pas seulement la partie affectée par les symptômes.

b) La réforme des études de médecine et l'enseignement prégradué de médecine générale

Le développement d'un enseignement spécifique dans les Facultés de Médecine, la présence de généralistes auprès des étudiants tout au long du cursus sont d'une

évidente nécessité pour influencer un choix de carrière ultérieur. Dès le 19 novembre 1980, la loi suisse prévoit un enseignement de médecine générale. L'article 17 de l'Ordonnance relative aux examens de médecin (37) précise que : «Pour être admis à se présenter à la troisième partie de l'examen final, le candidat doit avoir réussi la deuxième partie et fréquenté un enseignement coordonné sur les questions de médecine générale (...). Les épreuves devront avoir autant que possible un caractère pluridisciplinaire en tenant en particulier compte des problèmes de la pratique médicale générale».

En 2000, un audit de la Faculté de Médecine de Lausanne a été réalisé par une commission européenne et américaine. Les experts avaient émis de sérieuses critiques en particulier sur le manque d'exposition des étudiants à la médecine générale et à la médecine communautaire mais aussi sur la forme de l'enseignement actuel favorisant les cours ex cathedra en auditoire au détriment des enseignements dirigés en petits groupes plus adaptés à l'enseignement clinique. La réforme des études de médecine engagée à Lausanne depuis 2004 devrait permettre un enseignement plus centré sur le malade et les besoins de la communauté favorisant une approche plus globale dans la prise en charge des patients. Une plus grande place sera attribuée à la médecine interne générale. Dans cette optique, un groupe de travail comprenant des généralistes et des internistes coordonné par le Docteur Thomas Bischoff et le professeur Jacques Cornuz, médecin interniste Professeur associé, directeur-adjoint et médecin-chef à la PMU a permis de mettre en place et définir les objectifs d'un module spécifique de médecine interne générale, le module « Généralisme ». Ce module qui sera intégré au nouveau cursus des études à la rentrée 2009-2010 reprend dans ses objectifs généraux les missions du médecin de premiers recours selon la définition européenne de la Wonca Europe (1), à savoir :

- l'approche « transversale » de la prise en charge du patient
- la maîtrise du diagnostic différentiel des syndromes cliniques fréquents
- la gestion des maladies chroniques
- la gestion de l'urgence
- le suivi au long cours
- le travail en réseau

Cet enseignement du généralisme est le premier véritable enseignement coordonné de médecine interne générale assuré à la fois par des généralistes et des internistes. Il vient renforcer l'enseignement de médecine générale déjà existant comme l'enseignement au cabinet du praticien ECP. Il faut cependant souligner qu'il ne s'agit pas d'un enseignement spécifique de médecine générale ambulatoire puisque ce module a pour but d'illustrer la pratique du généralisme au cabinet mais aussi à l'hôpital.

c) L'assistantat au cabinet et le cursus romand de médecine générale : le début d'un véritable cursus de formation en Médecine Générale

La mise en place d'un cursus de formation postgraduée de médecine générale organisé dès 1997 par la PMU puis le projet d'extension de ce programme à l'ensemble de la Suisse romande (CRMG) et la création d'un programme de formation postgraduée au cabinet du praticien (assistantat au cabinet) sont des mesures visant à structurer la formation postgraduée en médecine générale. Ces projets illustrent bien la dynamique actuelle en faveur du généralisme en Suisse et qui consiste à favoriser le recrutement, la formation mais aussi l'installation des futurs médecins généralistes en mettant l'accent sur la formation ambulatoire. Aussi ce cursus devrait permettre d'homogénéiser les parcours de formation postgraduée des futurs médecins généralistes, trop diversifiés, en leur proposant une vraie maquette de stage dans des lieux de formation agréés, de qualité et offrant un accès prioritaire à l'activité ambulatoire. Le sentiment d'appartenance à un groupe ressenti par les médecins assistants ayant intégrés le cursus est une des forces du CRMG. Contrairement aux médecins assistants des autres spécialités qui sont coachés, accompagnés tout au long de leur formation postgraduée par un « patron », le futur médecin généraliste est livré à lui-même organisant seul sa formation en passant d'une commission d'engagement à une autre, d'un service à l'autre. Au final sa formation ressemble à un véritable patchwork fait de différents stages de spécialité ne le préparant pas vraiment à son futur métier. Ce sentiment d'appartenance est une des richesses du CRMG permettant à tous les assistants du cursus de se connaître, d'échanger des idées, d'élaborer des projets d'installation en cabinet de

groupe. De plus, la présence de quelques généralistes favorise les échanges intergénérationnels essentiels dans notre profession.

Ce curriculum de formation postgraduée de médecine générale pourtant soutenu par les différentes instances romandes (dont les cantons romands, les groupements cantonaux romands d'omnipraticiens, l'IUMG de Lausanne et la PMU, l'UEMG de Genève et le service de médecine de premiers recours de Genève) a mis du temps à se généraliser à toute la Suisse romande. Là encore, le financement et le manque de moyens humains ont été un frein. Il est d'ailleurs regrettable qu'un assistant soit amené à consentir une perte de 20% de salaire pour pouvoir bénéficier du programme d'« assistant au cabinet médical ». Les questions de budget ne devraient pas être un obstacle à une formation de qualité.

Aussi le nombre de postes de formation aussi bien dans le CRMG que dans le programme vaudois d'assistantat au cabinet paraît insuffisant au vu des besoins démographiques actuels dans le canton. Selon l'étude de la démographie des généralistes dans le canton de Vaud et en Romandie (42) : « L'idéal serait de former dans les 15 années à venir entre 100 et 150 médecins de premier recours par an uniquement pour la Suisse romande (...) ». Seulement ces trois dernières années, 25 médecins seulement par année ont terminé leur formation de médecine générale en Romandie.

d) L'IUMG : vers une académisation de la MG

A Lausanne, la création de l'unité de médecine générale puis sa reconnaissance en tant qu'institut universitaire de médecine générale constitue une étape vers l'académisation de la médecine générale. Les facultés de médecine suisses se sont toutes dotées d'un institut de médecine générale qui apparaît comme l'instance qui fait le lien entre formation prégraduée, formation postgraduée et formation continue en médecine générale.

La médecine générale est reconnue comme une spécialité depuis bien plus longtemps qu'en France (depuis 1966 en Suisse contre 2006 pour la France). Le

statut de chef de clinique en médecine générale existe depuis longtemps à l'hôpital mais aussi dans des structures ambulatoires comme la PMU où ils participent aux activités de consultation ambulatoire du service, à la formation des médecins assistants et à l'enseignement des stagiaires (cours blocs pmu). Ils participent également à des activités de recherche. Ils sont impliqués dans le développement du CRMG. Le docteur Julien Ombelli, médecin généraliste FMH et chef de clinique à la PMU, membre du groupe de travail « Généralisme », contribue au développement d'un enseignement prégraduée spécifique de médecine générale.

La promotion universitaire de la médecine de famille suppose aussi la titularisation de professeur en médecine générale. Peter Tschudi, médecin de famille praticien et co-directeur de l'institut de famille à l'Université de Bâle, est pour l'instant le seul professeur de médecine générale dans toute la Suisse. Sa titularisation a été approuvée le 27 avril 2007 par le Conseil de l'Université de Bâle. Aussi l'IUMG devrait bientôt compter parmi ses praticiens un ou plusieurs professeurs de médecine générale.

Conclusion

Dans cette étude nous avons tenté de comparer la formation initiale des médecins généralistes des facultés de médecine de Nancy et de Lausanne. Nous avons cherché à mettre en lumière les forces et faiblesses des deux systèmes ainsi que les moyens mis en place pour valoriser la médecine générale. Ainsi nous avons pu constater qu'en Suisse, la médecine générale ne souffre pas de l'image peu valorisante de voie d'échec qu'elle connaît en France. En effet, l'accès à la formation postgraduée se fait sans concours et la médecine générale bénéficie de la même durée de formation que les autres spécialités. Pourtant la médecine générale suisse connaît aussi une pénurie et une crise de vocation. Cette crise s'explique par les mêmes facteurs qu'en France, à savoir la féminisation, le temps partiel, le *numerus clausus*, l'image d'un métier n'offrant pas une qualité de vie suffisante. Mais il y a aussi des facteurs spécifiques au système de santé helvétique comme la clause du besoin qui empêche les jeunes médecins généralistes d'ouvrir un nouveau cabinet dans certaines régions. Ces derniers retenus à l'hôpital, se détournent de la médecine générale et s'orientent vers des carrières hospitalières. Un autre facteur spécifique à la Suisse est l'existence de deux formations à la médecine de premiers recours. Les étudiants préfèrent choisir la formation FMH de médecine interne plus prestigieuse à leurs yeux que celle de médecine générale ou encore parce qu'ils ne connaissent pas suffisamment cette discipline.

Aussi la formation postgraduée de médecine générale souffre d'un certain nombre de défauts structurels. En effet, il n'existe pas pour les futurs généralistes suisses de réelle formation postgraduée avec un suivi pédagogique régulier et un enseignement dispensé par des enseignants de médecine générale, de manière à développer constamment l'acquisition de compétences dans cette discipline. La formation de médecine générale telle que prévue par la Fédération des médecins suisses est trop fragmentée et ne favorise pas suffisamment la formation au cabinet. Le Docteur Etienne Fréchetin, médecin généraliste, enseignant et initiateur du *Cursus Romand de Médecine Générale* parle même de « non-formation » (39).

Enfin, comme en France, la médecine générale Suisse offre peu de perspectives de carrière universitaire.

Devant cette pénurie annoncée de médecins généralistes et dans l'objectif d'améliorer la qualité de la formation de ses médecins généralistes, la Suisse est depuis quelques années plus active afin de valoriser et promouvoir la médecine générale. Le dynamisme en faveur du développement d'une médecine générale académique n'a jamais été aussi fort que ces cinq dernières années. Depuis 2004, les étudiants sont plus exposés à la médecine générale durant le cursus prégradué. Ils bénéficient d'un parrainage par un praticien qui les accompagne, les conseille durant les études. Les enseignements cliniques ne se font pas qu'à l'hôpital mais aussi au cabinet du praticien sous la forme d'ECP. La réforme de l'enseignement engagée depuis 2004 et qui vise un enseignement plus centré sur le patient et les besoins de la communauté laisse une plus grande place à l'enseignement spécifique de Médecine Générale notamment avec le module « Généralisme ». Le stage de quatre semaines au cabinet, existant depuis 1995 à Lausanne, devient obligatoire pendant l'année de stage au même titre que les stages hospitaliers dès la rentrée 2009.

On assiste à l'académisation du généralisme ambulatoire avec le développement d'instituts universitaires de médecine générale. Les praticiens deviennent des enseignants et participent au développement de la recherche en médecine générale afin d'arriver à des recommandations sur les sujets qui les préoccupent et pour lesquels il n'existe pas encore de conférences de consensus. L'enseignement postgradué bénéficie aussi depuis peu d'un soutien politique, le canton de Vaud participe au financement de la formation des assistants au cabinet. Le développement du CRMG dans toute la Suisse romande et d'un assistantat au cabinet est une première en Suisse et traduit une volonté forte d'offrir une formation plus adaptée aux futurs médecins généralistes qui assureront la relève de demain.

La valorisation de la Médecine Générale ne peut être envisagée sans la nécessaire revalorisation des honoraires des médecins généralistes en France comme en Suisse. Même si les revenus des médecins généralistes suisses sont plus élevés que ceux des médecins français, ils restent également parmi les plus bas comparés

aux spécialités avec actes. Il est donc nécessaire de revaloriser les actes de médecine de premiers recours dans le système actuel de tarification (Tarmed) suisse et revoir la rémunération à l'acte des médecins généralistes français au-delà même du débat actuel sur la valorisation du C en CS.

Bibliographie

1. WONCA EUROPE. *La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille*, Londres 2002, <http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>, consulté en janvier 2009.
2. CNOM, *Démographie médicale française Les spécialités en crise situation au 1^{er} janvier 2005*, Étude n°38-2, 2005.
3. LIPNER RS., BYLSMA WH., ARNOLD GK., FORTNA GS., TOOKER J., CASSEL CK. *Who is maintaining certification in internal medicine, and why? A national survey 10 years after initial certification*. *Ann Intern Med.* 2006; 144:29-36.
4. MOSS PJ., LAMBERT TW., GOLDACRE MJ., LEE P., *Reasons for considering leaving UK medicine: questionnaire study of junior doctors' comments*. *Br Med J.* 2004; 329:1263-8.
5. TANNE JH., *US primary care is on verge of collapse, says doctor's body*. *Br Med J.* 2006; 332:320.
6. KIEFER B. *Rupture, pétition, manifestation*, *Rev. Med. Suisse*, janvier 2006; 49:3049999.
7. ANEMF, *Evolution du numerus clausus en médecine*, <http://www.anemf.org/Tout-savoir-sur-la-Demographie.html>, consulté en janvier 2009.
8. Loi ordinaire 82-1098 du 23 décembre 1982, *relative aux études médicales et pharmaceutiques*, paru au J.O. du 26 décembre 1982, p. 3861, texte abrogé depuis, <http://www.legifrance.gouv.fr>.
9. LUCAS-GABRIELLI V., SOURTY-LE GUELLEC M.-J, *Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001)*, *Questions d'économie de la santé* n° 81, C.R.E.D.E.S., avril 2004.
10. BERLAND Y., *Démographie des professions de santé*, Ministère de la Santé, novembre 2002.
11. Décret n°97-495 du 16 mai 1997 *relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés*, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, NOR : TASP9721427D, paru au J.O. n°115 du 18 mai 1997, p. 7538.
12. Arrêté du 25 octobre 2006 modifiant l'arrêté du 29 juin 1992 fixant *la liste des sections, des sous-sections et des options ainsi que le nombre des membres de chaque sous-section des groupes du Conseil national des universités pour les disciplines médicales et odontologiques*. NOR: MENH0602512A paru au J.O. n°249 du 26 octobre 2006, p. 15819, texte n° 12.
13. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 *relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales*, Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, NOR : MENS0302822D, paru au J.O.n°15 du 18 janvier 2004, p. 1394, texte n°14.
14. DRASS de Lorraine, *les internes en cours de formation à l'UFR Nancy*, plan CREM du 30 janvier 2006, <http://www.atih.sante.fr/>, consulté en janvier 2009.

15. BOUTILLER B., *Vision des étudiants de PCEM et DCEM sur la médecine générale*, Mémoire pour l'obtention de la qualification en médecine générale, Université de Picardie, 10 juin 2004.
16. CSST, *Démographie médicale et réforme de la formation professionnelle des médecins*, http://www.swtr.ch/f/themen_hoch_medi.html, rapport paru le 6 septembre 2007, consulté en janvier 2009.
17. Obsan, *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse-Projections à l'horizon 2030*, <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.Document.110592.pdf>, consulté en janvier 2009.
18. PECOUD A., *De la pléthore à la pénurie de médecins : tentative de comprendre*, Rev. Med. Suisse, novembre 2006; n°89.
19. Arrêté cantonal d'application de l'ordonnance fédérale du 3 juillet 2002 sur *la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire*, http://www.as mav.ch/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=105:arr-dapplication-vaudois-de-la-clause-du-besoin&catid=64:politique-sanitaire-cantonale&Itemid=121, consulté en janvier 2009.
20. MONNIER M., *Médecins de premier recours : quel intérêt pour les étudiants en médecine*, Primary Care 2005; 5:76-77.
21. CONSEIL C.E Directive 75(362) CEE, du 16 juin 1975, visant à *la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecin et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et la libre prestation des services*, J.O. des C.E n°L 167 du 30 juin 1975 p.1.
22. CONSEIL C.E Directive 75(363) CEE, du 16 juin 1975, visant *la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités de médecin*, J.O des C.E n°L 167 du 30 juin 1975, p.14.
23. CONSEIL C.E résolution (77)30, du 28 septembre 1977, sur *l'omnipraticien, comment le former et susciter sa vocation*.
24. CONSEIL C.E Directive 86(457) CEE, du 15 septembre 1986, relative à *une formation spécifique en médecine générale*, J.O des C.E n° L 267 du 19 septembre 1986 p.26.
25. CONSEIL C.E Directive 93(16) CEE, du 5 avril 1993, visant à *faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres*, J.O des C.E n°L 165 du 7 juillet 1993, p. 1-24.
26. JEANNIN A. MEYSTRE-AGUSTONI G. PACAUD F., *Enquête 2006 auprès des étudiants de 2^{ème} et 6^{ème} années, des assistants et des chefs de clinique: perspective sur l'évolution du nombre de médecins de premier recours*, Lausanne :Institut de médecine sociale et préventive, septembre 2007, http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/ssp/fichiers_pdf/Releve_en_medicine_generale.pdf.
27. Arrêté du 21 Avril 1994 modifiant l'arrêté du 18 mars 1992 relatif à *l'organisation du premier cycle des études médicales*, NOR:RESK9400686A, paru au J.O n°126 du 2 juin 1994 p.7970.
28. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à *la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales*, NOR: MENU9700546A, paru au J.O. n°72 du 26 mars 1997 p.4684.
29. L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse, *Loi fédérale sur les professions médicales universitaires(LPMéd)*, du 23 juin 2006, <http://www.admin.ch/ch/f/as/2007/4031.pdf>, consulté en janvier 2009.

30. Arrêté du 24 février 2005 relatif à *l'organisation des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales*, NOR: SANH05206, paru au J.O. n° 51 du 2 Mars 2005.
31. Arrêté du 22 septembre 2004 relatif à *la liste et réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine*, NOR : MENS0402086A, paru au J.O. du 6 octobre 2004.
32. CONSEIL D'ETAT, *Convention fixant les conditions de travail et de formation des médecins assistants et des chefs de clinique dans les hôpitaux d'intérêt public du canton de Vaud*, 21 janvier 2003, http://www.unil.ch/webdav/site/srh/shared/Lois_reglements/medecins_assistants_convent.pdf, consulté en janvier 2009 .
33. FMH, *Programme de formation postgraduée pour le titre de spécialiste en médecine générale du 1^{er} juillet 2006* (dernière révision : 8 février 2009), http://www.fmh.ch/fr/data/pdf/allgemeinmedizin_version_internet_f.pdf, consulté en février 2009.
34. FMH, *Programme de formation postgraduée pour le titre de spécialiste en médecine interne du 1^{er} janvier 2002*(dernière révision du 6 septembre 2007), http://www.fmh.ch/fr/data/pdf/innere_medin_version_internet_f.pdf, consulté en janvier 2009.
35. FMH, *Programme de formation postgraduée pour le titre de médecin praticien du 1^{er} juin 2002* (dernière révision 29 mars 2007), http://www.fmh.ch/fr/data/pdf/praktischer_arzt_version_internet_f.pdf, consulté en janvier 2009.
36. CANTON A., *Evaluation de soirées de valorisation de la Médecine Générale auprès d'étudiants de premier et de deuxième cycle des études médicales*, mémoire de médecine générale, faculté de médecine de Nancy, octobre 2007.
37. L'Assemblée Fédérale, *Ordonnance concernant les examens de médecins du 19 novembre 1980, décembre 1981*, <http://www.admin.ch/ch/fr/rs/8/811.112.2.fr.pdf>, consulté en janvier 2009.
38. BISCHOFF T., CORNUZ J., OMBELLI J., WAEBER G., *Module M1.4 "Généralisme" Médecine Interne-Médecine Générale*, http://www.unil.ch/webdav/site/fbm/shared/EM_enseignement_medicine/cahiers_modules/Module_M1_4_2009.pdf, janvier 2009, consulté en janvier 2009.
39. BRINKLEY B., FRECHELIN E., PILET F., *Apprentissage de la médecine générale*, Rev Med Suisse. 2007;135:2740–3.
40. CORNUZ J., GASPOZ JM., PECOUD A., PERRIER A., WAEBER G., *Vers une société unique de spécialistes en médecine générale et interne en Suisse?* Rev Med Suisse. 2008;4:262-72.
41. ISNAR-IMG, *Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale Propositions de l'ISNAR-IMG*, <http://www.isnar-img.com/modules.php?name=News&file=article&sid=387&mode=thread&order=0&thold=0>, consulté en janvier 2009.
42. MONNIER. M., *Médecins de premier recours : pénurie ou pléthore ?*, Primary Care, 2004;4:755-9.

Table des figures

Figure	Commentaire
Figure 1	Numerus clausus en France
Figure 2	Schéma des études supérieures selon la réforme LMD en France
Figure 3	Schéma des études de médecine en France
Figure 4	Schéma simplifié des études de médecine en France
Figure 5	Schéma des études de médecine à Lausanne
Figure 6	Evolution du numerus à la faculté de médecine de Nancy
Figure 7	Evolution du «numerus» à la faculté de biologie et de médecine de Lausanne
Figure 8	Tableau comparatif des enseignements en 1ère année
Figure 9	Numerus clausus par discipline à Nancy en 2008
Figure 10	Tableau comparatif des enseignements en 2ème année
Figure 11	Tableau comparatif des enseignements en 3ème année
Figure 12	Tableau comparatif des enseignements en 4ème année
Figure 13	Tableau comparatif des enseignements en 5ème année
Figure 14	Tableau comparatif des enseignements en 6ème année
Figure 15	Tableau comparatif des formations postgraduées de médecine générale et médecine interne
Figure 16	Illustration du Généralisme

Annexes

Annexe 1: Définition Européenne de Médecine Générale en 2002

LA DISCIPLINE MÉDECINE GÉNÉRALE – MÉDECINE DE FAMILLE

La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

1. Les caractéristiques de la discipline médecine générale-- médecine de famille sont les suivantes :

- a) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- b) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- c) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale, et communautaire.
- d) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- e) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- f) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- g) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- h) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- i) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- j) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- k) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

2. La spécialité médecine générale – médecine de famille :

Les médecins généralistes-médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le

respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

Annexe 2 : Les objectifs minima de la formation de base en médecine générale définis par la résolution 77(30)

« A la fin du cycle, l'étudiant(e) devrait être capable de :

1. Décrire et commenter l'éventail et la répartition des maladies qui se présentent à l'omnipraticien dans une population définie ; de les mettre en parallèle avec l'éventail et la répartition des maladies traitées à l'hôpital dans le département ambulatoire et en salle;
2. Décrire et commenter l'organisation des soins de santé primaires pour un secteur de la population non seulement du point de vue des soins et du traitement, mais également de celui de la médecine préventive, du dépistage et de l'éducation sanitaire;
3. Décrire le rôle actuel et futur des autres agents de santé (y compris les travailleurs sociaux) dans les soins de santé primaires;
4. Décrire et interpréter l'évolution des soins de santé primaires compte tenu de l'histoire des professions sanitaires et des soins médicaux, de l'histoire sociale et politique de son pays et de celle des théories et techniques médicales;
5. Appliquer la méthode scientifique à la solution des problèmes cliniques dans le contexte des soins primaires ; c'est-à-dire apparition précoce des symptômes, gamme d'informations cliniques sur le malade et sa maladie différente de celle pouvant être obtenue à l'hôpital, degré de probabilité différent, dans chaque cas, par rapport à celui pouvant être atteint dans la pratique hospitalière;
6. Démontrer et discuter comment, uniquement en médecine générale, les composantes physiques, psychologiques et sociales d'un diagnostic doivent être établies ensemble et décrire comment elles s'influencent, afin que le traitement tienne compte de tous les facteurs importants de la maladie : le processus pathologique, ce que le malade sait de sa maladie et comment il y réagit, et le contexte social (notamment familial);
7. Présenter avec des exemples les caractéristiques et les utilisations cliniques de la relation médecin-patient en médecine générale;
8. Démontrer une sensibilité à tous les aspects de la communication entre le malade et lui-même, sa volonté d'écouter et sa compréhension de cette médecine rationnelle;
9. Décrire la nature de la continuité des soins en médecine générale, notamment en relation avec l'évolution physique, psychologique et sociale de l'individu ou de sa famille, et avec le traitement des maladies chroniques. »

La résolution 77(30) précise aussi les objectifs minima de la formation spécifique en médecine générale :

« A l'issue du programme de formation spécifique, le médecin doit pouvoir prouver :

1. Qu'il connaît suffisamment les mécanismes pathologiques, notamment ceux des maladies courantes, des maladies chroniques et de celles qui peuvent être mortelles ou entraîner des complications ou des conséquences graves;
2. Qu'il comprend les possibilités, moyens et limites de la prévention, du diagnostic précoce, de la gestion et de la surveillance des soins sanitaires dans le contexte de la médecine générale praticienne;
3. Qu'il comprend comment les relations entre les membres d'une même famille peuvent susciter des problèmes de santé ou en modifier la forme, le cours et les moyens de lutte, tout comme la maladie peut influencer sur les relations familiales;
4. Qu'il comprend le contexte social et le cadre de vie de ses malades et comment ils peuvent affecter le rapport santé-maladie;
5. Qu'il connaît et utilise à bon escient l'éventail des moyens d'action dont il dispose;
6. Qu'il comprend l'éthique de cette profession et son importance pour le malade;
7. Qu'il comprend les méthodes fondamentales de recherche appliquées à la médecine générale praticienne;
8. Qu'il est en mesure de lier les problèmes de santé et de traitement au développement physique, psychologique et social de l'individu et de sa famille;
9. Qu'il comprend la législation médico-sociale et ses incidences sur le malade et sur la collectivité;
10. Qu'il sait établir un diagnostic qui tienne compte des facteurs d'ordre physique, psychologique et social;
11. Qu'il peut appliquer à son travail de tous les jours les connaissances d'épidémiologie et de probabilité;
12. Qu'il utilise le facteur 'temps' comme un instrument de diagnostic, de thérapeutique et de méthode;
13. Qu'il est en mesure d'identifier les personnes en danger et de prendre les mesures voulues;
14. Qu'il peut prendre dès le départ les décisions opportunes à l'occasion de tout problème qui lui est posé en sa qualité de médecin;
15. Qu'il est capable de collaborer avec des spécialistes médicaux et non médicaux;

16. Qu'il connaît et utilise convenablement les méthodes de son art de praticien;
17. Qu'il est capable de se mettre à la place d'autrui, d'établir avec les malades des relations spécifiques et utiles et de permettre au patient un certain degré d'auto compréhension;
18. Que sa façon de considérer le malade comme un individu unique modifie la façon dont il en obtient des renseignements et formule des hypothèses sur la nature des problèmes du malade et la façon de les traiter;
19. Qu'il est disposé à aider le malade à résoudre ses propres problèmes le cas échéant;
20. Qu'il est prêt à apporter une contribution professionnelle à l'ensemble de la collectivité;
21. Qu'il est désireux et capable de porter un jugement critique sur son propre travail;
22. Qu'il est disposé à parfaire en permanence sa formation et à lire de manière critique les informations médicales. »

Annexe 3 : Les compétences essentielles en médecine générale (WONCA 2002)

1. La gestion des soins de santé primaire
 - a) Gérer le premier contact avec les patients
 - b) Coordonner les soins avec d'autres professionnels des soins primaires ou d'autres spécialistes afin de fournir des soins efficaces et appropriés, en assumant un rôle de défenseur du patient quand cela est nécessaire
2. Les soins centrés sur la personne
 - c) Adopter une approche centrée sur la personne lors de la prise en charge des patients et de leurs problèmes
 - d) Utiliser la consultation pour créer une relation efficace entre le médecin et le patient
 - e) Assurer la continuité des soins selon les besoins du patient
3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes
 - f) Utiliser le processus spécifique de prise de décision (analyse décisionnelle) déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires
 - g) Gérer des situations au stade précoce et indifférencié, et intervenir dans l'urgence quand cela est nécessaire
4. L'approche globale
 - h) Gérer simultanément les problèmes aigus et chroniques du patient
 - i) Promouvoir l'éducation pour la santé en appliquant de manière appropriée des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies
5. L'orientation communautaire
 - j) Réconcilier les besoins en soins médicaux des patients individuels avec les besoins en soins médicaux de la communauté dans laquelle ils vivent et cela en équilibre avec les ressources disponibles
6. L'adoption d'un modèle holistique
 - k) Utiliser un modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles

Annexe 4 : Grille d'entretien

Thème 1 : la démographie médicale suisse et la pénurie de médecins généralistes

- Existe-t-il une pénurie de médecins généralistes en Suisse ?
- Quelles sont les données démographiques concernant l'activité des médecins généralistes ?
- Quels sont les facteurs de cette pénurie ?

Thème 2 : la formation prégraduée en médecine

- Comment se fait la sélection des étudiants en première année ?
- Existe-t-il un numérus clausus ? a-t-il évolué ces dernières années ?
- Quel est le nouvel organigramme des études médicales dans le cadre de la réforme LMD ?
- Quelle est la place de l'enseignement de la médecine générale dans ce nouvel organigramme ?

Thème 3 : la formation postgraduée en médecine

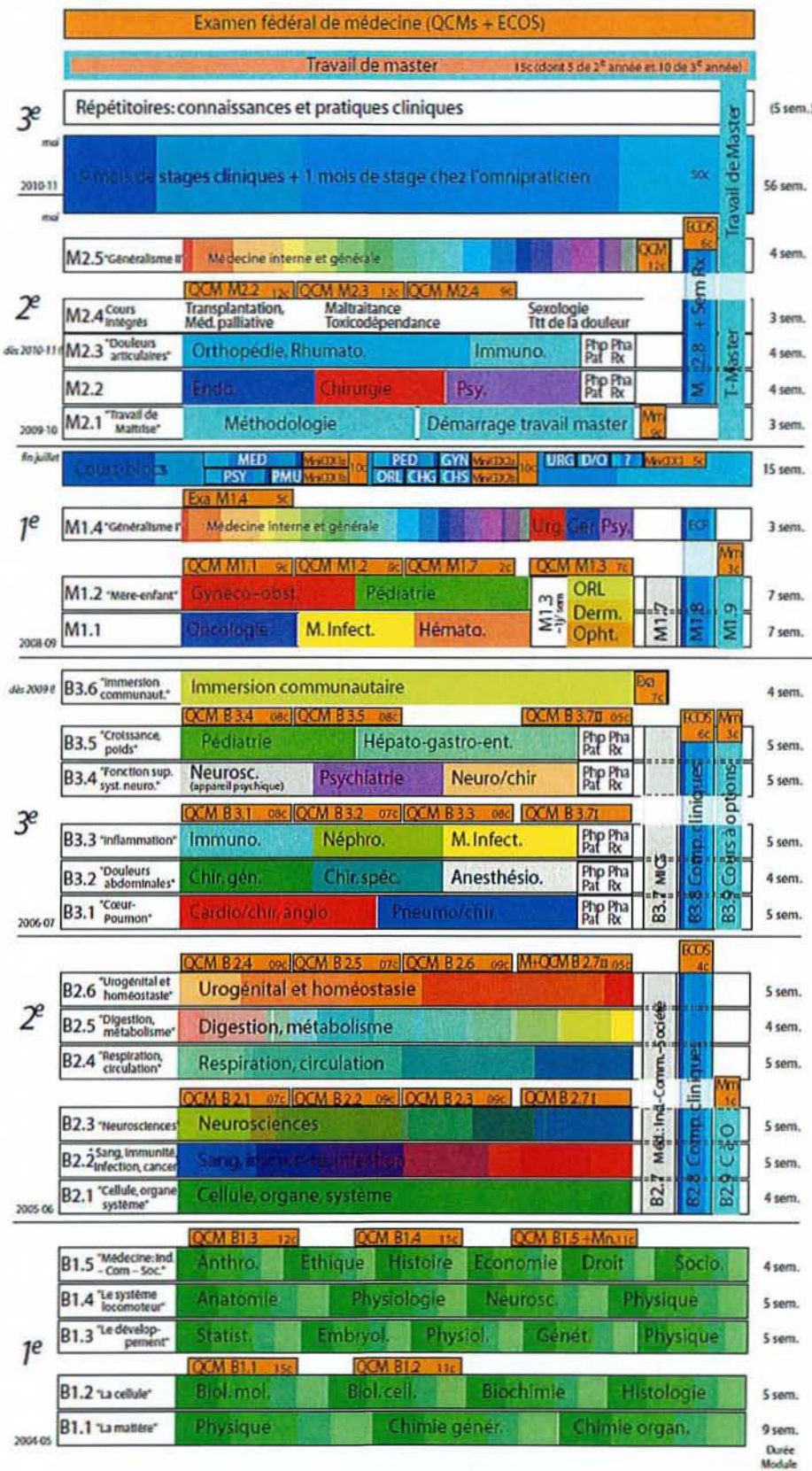
- Comment les étudiants accèdent-ils aux différentes spécialités ? existe-il une sélection ?
- Quels sont les objectifs théoriques et pratiques de formation des assistants en médecine générale ?
- Qu'est-ce que la formation FMH de médecine générale ?
- Quelles sont les mesures visant à valoriser la formation postgraduée des futurs généralistes à Lausanne ?

Thème 4 : la valorisation de la formation en médecine générale

- Existe-t-il un enseignement spécifique de médecine générale ?
- Quels sont les objectifs de cet enseignement ?
- Quelles sont les autres mesures visant à valoriser la formation en médecine générale à Lausanne ?

Annexe 5 : Nouveau curriculum lausannois des études de médecine

Plan général du Curriculum réformé – École de médecine de Lausanne



Diplôme fédéral de Médecine

Maîtrise universitaire en Médecine

(Master of medicine — MMed)
180 crédits ECTS

En planification

Baccalauréat universitaire en Médecine

(Bachelor of medicine — BMed)
180 crédits ECTS

 Université de Lausanne
Faculté de biologie et de médecine
École de médecine

Planification de curriculum lausannois - 11.03.2008/BB

CONTRAT PEDAGOGIQUE

Mes besoins d'apprentissage (ce que j'en perçois au travers de mes expériences pré et post graduées)	Mes objectifs d'apprentissage (ce que j'aimerais atteindre concrètement au bout des 6 ou 12 mois)	Stratégies et ressources (par quels moyens, je pense atteindre ces objectifs)	Critères d'évaluation (comment vais-je savoir que j'ai atteint ces objectifs)	Agenda de l'évaluation

Période de formation :

Date de la signature du contrat :

Signature du médecin en formation :

Signature du superviseur désigné (pour le service ou le cabinet) :

Annexe 7 : Critères de qualité des établissements de formation dans le cadre du CRMG

Critères de qualité

L'établissement de formation postgraduée

- s'engage spécifiquement à offrir une formation de qualité à de futurs médecins généralistes
- véhicule et promeut une image valorisante de la médecine générale
- désigne un médecin cadre comme responsable de la formation des généralistes, qui est en contact avec les responsables du Coursus Romand de Médecine Générale
- réserve du temps pour l'accueil du généraliste dans le service
- organise avant la fin des deux premières semaines un entretien avec le généraliste en formation axé sur les objectifs d'apprentissage (contrat pédagogique)
- organise une évaluation intermédiaire (au moins tous les six mois) et finale, avec protocole écrit.
- offre aux futurs généralistes un accès prioritaire à l'activité ambulatoire (urgences, policlinique) lorsque l'organisation du service le permet.
- favorise l'accès aux consultations spécialisées
- réserve du temps pour une formation théorique, dont le contenu et la qualité sont pertinents pour un généraliste en formation
- offre au futur généraliste la possibilité de participer à un congrès de médecine générale pendant le stage, ainsi qu'aux formations organisées à son intention par les responsables du Coursus.

Annexe 8 : Trois exemples de plan de formation du CRMG

Annexe 5



CURSUS ROMAND
DE MÉDECINE GÉNÉRALE
devenirgeneraliste.ch

PROGRAMME DE FORMATION POSTGRADUÉE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Nom

Prénom :

Année de naissance : 1981

Diplôme fédéral : 2007

Spécialité et lieu	Dates
Médecine interne - HC Fribourg	01.10.2008 – 30.09.2010
Chirurgie – eHnv Yverdon	01.10.2010 – 30.09.2011
ORL – HC Fribourg	01.10.2011 – 31.03.2012
Dermatologie – CHUV Lausanne	01.04.2012 – 30.09.2012
Psychiatrie (à déterminer)	01.10.2012 – 30.09.2013
Médecine interne – PMU Lausanne	01.10.2013 – 30.09.2014

Dr E. Fréchetin
Responsable du Coursus
de Médecine générale FMH

Lausanne, le 22 octobre 2008



COURSUS ROMAND
DE MÉDECINE GÉNÉRALE
devenirgeneraliste.ch

PROGRAMME DE FORMATION POSTGRADUÉE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Nom :

Prénom :

Date de naissance : 1979

Diplôme fédéral : Lausanne 2006

Spécialité et lieu	Dates
Médecine interne – Martigny	01.04.2007 – 30.09.2008
Médecine interne – DMI CHUV	01.10.2008 – 30.09.2009
CHIR - Yverdon	01.10.2009 – 30.09.2010
ORL – CHUV	01.10.2010 – 31.03.2010
Cabinet médical (50%)	01.04.2010 – 31-03-2011
D'autres périodes de formation post-graduées (dermatologie, psychiatrie, ...) sont encore prévues.	

Dr E. Fréchin
Responsable du Coursus
de Médecine générale FMH

Lausanne, le 22 octobre 2008



CURSUS ROMAND
DE MEDECINE GENERALE
devenirgeneraliste.ch

PROGRAMME DE FORMATION POSTGRADUEE EN MEDECINE GENERALE

Nom :

Prénom :

Date de naissance : **1980**

Diplôme fédéral : **2007**

Spécialité et lieu	Dates
Médecine interne – Réseau valaisan Martigny/Sion	01.04.2008 – 31.03.2010
CHIR – Yverdon	01.04.2010 – 31.03.2011
ORL – CHUV	01.04.2011 – 30.09.2011
DER - CHUV	1.10.2011 – 31.03.2012
D'autres périodes d'assistantat (psychiatrie, praticien, PMU, pédiatrie, etc.) sont prévues, et encore à finaliser ...	

Dr E. Fréhelin
Responsable du Coursus
de Médecine générale FMH

Lausanne, le 22 octobre 2008

Annexe 9 : Programme des enseignements théoriques du DES de Médecine Générale à Nancy :

Les cours sont organisés sous forme d'ED et de séminaires répartis sur les trois ans. Le programme en 2007-2008 comprend :

1. Modules préparant à la pratique de la médecine générale sur les thèmes suivants :

- Suivi des patients atteints de pathologies chroniques
- Pathologies broncho-pulmonaires obstructives chroniques
- Pathologie veineuse
- HTA
- Insuffisance cardiaque et coronarienne
- Migraines et autres céphalées
- Pathologies de la thyroïde
- Nutrition et conseil diététique
- Diététique des excès et des insuffisances pondérales
- Troubles fonctionnels digestifs
- Pathologies ano-rectales
- Asthénie et fatigue
- Dermatologie du praticien
- Prise en charge du grand enfant et de l'adolescent
- Education pour la santé
- Environnement et santé
- Certificats et documents administratifs
- Prescriptions médicamenteuses
- Vieillesse artérielle et pathologie des organes cibles
- Troubles du sommeil de l'adulte
- Médecine du sport et médecine générale
- Surveillance post-thérapeutique en cancérologie
- Petite chirurgie et matériel de cabinet
- Médecine générale et prescriptions orthophoniques

2. Séminaires traitent de situations spécifiques fréquentes en médecine générale dans l'optique d'un exercice en soins primaires:

- Urgences en médecine générale
- Suivi en pédiatrie
- Prise en charge des facteurs de risques cardio-vasculaires
- Pathologie de l'appareil locomoteur
- Dossier médical
- Prise en charge du diabète et des dyslipidémies
- Economie de la santé et sécurité sociale
- Stratégie en uro-néphrologie

- Anxiété dépression et psychose
- Pathologies du rachis
- Plaies et cicatrisation
- Médecine générale et éthique
- Communication et relation médecin patient
- Thèse, bibliographie et recherche en médecine générale
- Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles et sources d'informations
- Prise en charge des addictions : alcool et tabac
- Gériatrie
- Exercice professionnel, gestion du cabinet
- Grossesse et contraception
- Dépistages et pathologies gynécologiques, ménopause
- Patient migrant et /ou situations de précarité
- Pathologies infectieuses en soins primaires
- Prescription des actes paramédicaux (orthophonie, kinésithérapie, soins primaires, orthoptie)
- Pathologies fonctionnelles : asthénie, fibromyalgie
- Education pour la santé et motivation du patient

Glossaire des abréviations

AEO Année d'Etudes à Option
AMOV Association des Médecins Omnipraticiens Vaudois
APP apprentissage par problèmes
ASMAV Association Suisse de Médecins Assistants et chefs de clinique section
Vaud
Bdfm groupement des Bibliothèques universitaires de Médecine et de Santé
Publique de Lausanne
CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNU Conseil National des Universités
CRMG Coursus Romand de Médecine Générale
CSCT Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique
DCEM Deuxième Cycle des Etudes de Médecine
DES Diplôme D'études spécialisées
DRASS Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DUMG Département Universitaire de Médecine Générale
ECOS IMG internes de médecine générale
ENC Examen National Classant
ECN épreuves classantes nationales
FMC Formation Médicale Continue
FMH Foederatio Medicorum Helveticorum ou Fédérations des médecins suisses
FUMG Filière Universitaire de Médecine Générale
IMG Internes de Médecine Générale
IUMG Institut Universitaire de Médecine Générale
ISNAR IMG Intersyndicale Nationale Autonome des Résidents et Internes de
Médecine Générale
OFSP Office Fédéral de Santé Publique
PCEM Premier Cycle des Etudes de Médecine
PMU Policlinique Médicale Universitaire
QCM Questions à choix multiple

RAOUL IMG Rassemblement Autonome Unifié Lorrain des Internes de Médecine
Générale

SASPAS Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

SSMG Société Suisse de Médecine Générale

SSMI Société Suisse de Médecine Interne

TCEM Troisième Cycle des Etudes de Médecine

UE Unité d'Enseignement

UEMG Unité d'Enseignement de Médecine Générale

UFR Unité de Formation et de Recherche

UNIL Université de Lausanne

ABSTRACT

In France like in Switzerland, general medicine is facing a demographic crisis. This is associated to disaffection of the students due to a lack of prestige for this discipline. We spent one year of our "Internat" programme in Lausanne and we took profit from our experience as president of RAOUL-IMG, to compare the programmes of education as well as the promotion of the discipline in the faculties of medicine of Nancy and Lausanne.

In both faculties, we observed the lack of exposure of students to the general medicine during their education and during the clinical training periods. The students do not choose this discipline because but they ignore what it is about.

In Nancy, the general medicine became a specialized medical field with a dedicated branch at the university. A training period at a medical practice became mandatory during the "Externat". Students associations and local authorities are taking initiatives to promote the general medicine in Lorraine.

In Lausanne, a dedicated academic field (IUMG) has been created. The coaching of students by experienced doctors, a mandatory training period at a medical practice and the creation of a dedicated education programme are contributing to the promotion of the discipline. A post-graduated education programme for the medicine general and a plan for post-graduated students in medical practices have been created in the French-speaking Swiss. These initiatives contribute to improve the quality of general practitioners education by making it more adapted to their future practice.

VU

NANCY, le 31 mai 2009
Le Président de Thèse

Professeur J. ROLAND

NANCY, le 3 juin 2009
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 8 juin 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

En France comme en Suisse, la médecine générale connaît une crise démographique mais aussi une crise des vocations comme en témoigne la désaffection des étudiants pour cette discipline. Un des facteurs de cette crise est l'image peu valorisante dont souffre la médecine générale. A l'occasion d'une année d'internat à Lausanne et en nous appuyant sur notre expérience de présidente de RAOUL-IMG, nous avons tenté de comparer la formation initiale des médecins généralistes et les mesures visant à valoriser cette discipline dans les facultés de médecine de Nancy et de Lausanne.

Dans les deux facultés, nous constaterons le manque d'exposition des étudiants à la médecine générale durant les études et les stages cliniques. Les étudiants se détournent de cette discipline car ils la méconnaissent.

A Nancy, la médecine générale devenue une spécialité se voit progressivement doter d'une filière universitaire. Le stage au cabinet devient obligatoire durant l'externat. Les associations étudiantes et les collectivités locales se mobilisent afin de promouvoir la médecine générale en Lorraine.

A Lausanne, on assiste à l'académisation de la médecine générale avec la création de l'IUMG. Le parrainage des étudiants par des généralistes, le stage obligatoire au cabinet et la création d'un enseignement spécifique de médecine générale, valorisent cette discipline. La création d'un cursus de formation postgraduée de médecine générale en Suisse romande et le projet vaudois d'assistantat au cabinet permettent d'assurer une formation de qualité plus adaptée à l'exercice ambulatoire.

TITRE EN ANGLAIS

General Medicine Education and Promotion.

Case study of the faculties of medicine of Lausanne and Nancy.

THÈSE: MEDECINE GENERALE OU MEDECINE SPECIALISEE-2009

MOTS CLEFS

médecine générale, études de médecine, généralisme, valorisation, reconnaissance universitaire

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex