

Comparaison des études médicales en Iran et en France, et de leur adéquation aux pratiques de Médecine générale dans ces deux pays

Mojgan Ghavam Baigi Sadegh Eghbali

▶ **To cite this version:**

Mojgan Ghavam Baigi Sadegh Eghbali. Comparaison des études médicales en Iran et en France, et de leur adéquation aux pratiques de Médecine générale dans ces deux pays. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. hal-01733853

HAL Id: hal-01733853
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733853

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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY1 **FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY**
2011

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

le 27 octobre 2011

par
Mme Mojgan GHAVAM BAIGI (ép. SADEGH EGHBALI)

TITRE :

Comparaison des études médicales en Iran et en France, et de leur adéquation aux pratiques de Médecine générale dans ces deux pays

Examinateurs de la thèse :

Président : M. le Professeur Jacques HUBERT

Juges :

M. le Professeur François KOHLER

M. le Professeur Marc BRAUN

Mme le Docteur Elisabeth STEYER

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY1 **FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY**
2011

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

le 27 octobre 2011

par
Mme Mojgan GHAVAM BAIGI (ép. SADEGH EGHBALI)

TITRE :

Comparaison des études médicales en Iran et en France, et de leur adéquation aux pratiques de Médecine générale dans ces deux pays

Examinateurs de la thèse :

Président : M. le Professeur Jacques HUBERT

Juges :

M. le Professeur François KOHLER

M. le Professeur Marc BRAUN

Mme le Docteur Elisabeth STEYER

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 « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission « Finances » :* Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « *Recherche* » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :	
- 1er Cycle :	**Professeur Bruno CHENUEL**
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	**M. Christophe NÉMOS**
- 2ème Cycle :	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3ème Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	**Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
« DES Spécialité Médecine Générale	**Professeur Francis RAPHAËL**
- Filières professionnalisées :	**M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue :	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Commission de Prospective :	**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- Développement Professionnel Continu :	**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
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 - 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 – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN – Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ
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)

42ème 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 Valérie CROISÉ-LAURENT

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 Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

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 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)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2ème sous-section : ***(Réanimation médicale ; médecine d'urgence)***

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

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean PAYSANT

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

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***

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

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur P. MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

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

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Aude BRESSENOT

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

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

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

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

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***

Docteur Isabelle THAON

3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Docteur Laurent MARTRILLE

4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***

Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Docteur Lina BOLOTINE

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

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

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50ème Section : RHUMATOLOGIE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Docteur Anne-Christine RAT

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***

Docteur Laure JOLY

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

3ème sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeur Simone GILGENKRANTZ Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN *(à c. 1.12.2011)* - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Colette VIDAILHET Professeur Michel VIDAILHET

========

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)
Vanderbilt 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 Würtzburg (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 (VIÊTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

REMERCIEMENTS

J'aimerais, tout d'abord remercier

Monsieur le ***Professeur Jacques HUBERT***

pour

Son intérêt qui a porté pour mon modeste travail,

Ses disponibilités dans chaque étape de progression de ce projet,

Son amabilité d'accepter la direction de mon jury de thèse, j'en suis très fière et comblée.

J'aimerais remercier

Monsieur le professeur François KOHLER

Pour sa disponibilité et son amabilité d'accepter d'être juge de mon jury, dont je suis très fière et particulièrement heureuse et honorée.

Monsieur le professeur Marc BRAUN

Pour sa disponibilité et son amabilité d'accepter d'être juge de mon jury, dont je suis très fière et particulièrement heureuse et honorée.

Je tiens à remercier particulièrement ma chère maître, et mon directeur de thèse :

Mme le ***docteur Elisabeth STEYER****, pour*

Sa compréhension et ses encouragements tout au long de réalisation de ce projet de thèse sans les quelles ce travail de thèse n'existait pas.

Ses disponibilités et surtout sa patience très précieuses,

Ses bienveillances, ses relectures, ses conseils et ses directifs scientifiques,

Son amabilité d'accepter la direction de ce travail.

Je portes aussi mes remerciements à

Tous les professeurs d'universitaires et leurs équipes soignantes, qui m'ont soutenue, et accompagnée tout au long de mon parcours de médecine générale en France, pour leurs gentillesses, et leurs compréhension, ce qui me rendre fier de faire cette formation. En particulier :

M. le ***Pr BENETOS*** *et ses collègues en médecine gériatrie de CHU Brabois, et surtout sa secrétaire Mme Evelyne COLOPI, très gentille :, et toujours accueillante.*

M. le ***Dr Creusat****, pour tous qui m'a appris dans son service de médecine de CH de Verdun.*

Mr le ***Pr Raphaël*** *et M. le* ***Dr Légiéda****, qui m'ont fait connaître le métier de médecine générale, en France, dans ses aspects pratiques.*

Mme le ***Dr Huot marchand*** *mon maître du stage actuel en PMI, et son équipe de TAMS et ses CMS, qui m'ont laissé l'opportunité de pratiquer la médecine en autonomie.*

Tous les personnels du ***service de scolarité*** *de la faculté de médecine de UHP de NANCY.*

Je tiens tant à remercier

***Ma chère famille** :*

*Particulièrement **Mon mari***

Pour ses soutiens et ses réconforts perpétuels, ainsi que son dévouement et son amour infini.

*Mes enfants **Ario** et **Ayria**, dont je suis très fière,*

pour leurs enthousiasmes, leurs renforts et leurs tendresses….

Mes parents, à qui je dois la vie, l'épanouissement, la réussite,...

pour qui je choisi la Médecine,

avec tout mon respect et mon amour.

Mes proches qui m'ont soutenue du près et de loin.

Tous qui' m'ont aidée, soutenue et encouragée pour la réalisation de ce modeste travail.

SERMENT

"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 sont 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".

ABRÉVIATIONS

CME : Continuing medical education

CISMeF : Catalogue et index des sites médicaux de langue Française

CH : centre hospitalier

CHR : Centre hospitalier régional

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMS : Centre médicaux social

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

DCEM : Deuxième cycle d'étude médicales

DD : Diagnostic différentiel ou « *Diferential diagnosis* »

DES : Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES) ·

DESC : Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaire

ECN : Epreuve classante nationale (anciennement Internat de spécialité)

ED : Enseignements dirigés

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

FMC : Formation médicale continue

MG : médecin généraliste, et aussi la médecine générale

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PACES ou PAES : Premier année commune des études de santé

PCEM : Premier cycle d'étude médicales

PMI : Protection maternelle et infantile

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

SFMG : Société française de médecine générale

TP : Travaux pratiques

UFR : Unité de Formation et de la recherche

UHP : université de Henri Poincaré, Nancy 1

WFME : Word Federation for Medical Education

WHO : World Heath Organism

WONCA : l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes. « *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians »*, souvent abrégé en « *World Organization of Family Doctors* »

SOMMAIRE

SOMMAIRE……..**15**
INTRODUCTION……..**16**
MATERIÈL ET MÉTHODE……..**18**
Le choix de la méthode……..……....**18**
Modalités de la recherche bibliographique…….…….... **20**
PREMIÈRE PARTIE : FORMATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE…. . 23
FORMATION MÉDICALE En Iran……..…….**24**
Pré requis……..…….. …..**24**
Généralités……..…….. …. **24**
Organisation en étapes……..……..…**25**
Particularités……..……**34**
FMC…….…… **39**
FORMATION MÉDICALE En France ….……..41
Pré requis……..…….. ….**41**
Généralités…….……....**41**
Organisation des études en cycles…….....**41**
Particularités ……..……..…….**45**
FMC……..……..…….**46**
Comparaison des formations de médecine générale en Iran et en France…….**47**
DEUXIÈME PARTIE : PRATIQUES DE MÉDECINE GÉNÉRALE …...49
Définition ……..……. …..**50**
Pratiques de Médecine générale en Iran……..……**52**
Historique…….…….....**52**
Situation des médecins généralistes…….……**52**
Mode d'exercice ….……..……**53**
Champs d'activité **……...57**
Gérer un cabinet de médecine générale ……..……**58**
Médecin de famille…..…….. **60**
Pratiques de Médecine générale En France…….…… .**67**
Historique ……..……....**67**
Mode d'exercice……....**67**
Champs d'activité……..……...**69**
Gérer un cabinet de médecine générale…..…….. ….**69**
Comparaison des pratiques de médecine générale en Iran et en France……..……...**72**
Adéquation entre formation et pratique médicale dans ces deux pays……..**93**
CONCLUSION ET PERSPECTIVES……...**95**
BIBLIOGRAPHIE……..……..**98**
ANNEXES……..……**103**
TABLE DES MATIÈRES……..……. **115**

INTRODUCTION

L'objectif principal de la médecine est d'améliorer le niveau de santé de la société. Malgré cet objectif général, les besoins de santé de chaque société différent. Même au sein d'un pays, on peut observer une variation d'une région à l'autre. Ces différences sont liées à la culture et l'environnement de chaque société, ce qui est à l'origine de la diversité des pratiques médicales. Les modalités d'enseignement doivent donc s'adapter à ces différences de pratiques.

Pourtant la Médecine n'est pas une science comme les autres. Elle est fidèle à ses principes essentiels qui sont communs à l'ensemble des pays du monde. La divergence des pratiques (ou de formation) repose plutôt sur des détails.

Nous vivons quotidiennement une évolution vers la mondialisation. La médecine, également, n'est pas à l'abri de cette « internationalisation ». On observe une multitude de changements de lieu de travail chez les médecins partout dans le monde et même au sein d'un pays. Ce sont « les acteurs de santé mobiles» [48]. Cette notion de mobilité (des travailleurs de santé) exige une harmonisation ou « standardisation » des méthodes d'enseignement de la Médecine.

C'est le concept de l'organisation mondiale « WFME : *World Federation for Medical Education»,* dont l'objectif est l'amélioration de qualité de l'offre de soins médicaux via une « standardisation» de la formation médicale, au niveau mondial.
Le but principal est donc d'offrir une capacité d'adaptation à ces médecins ambulants: « *les travailleurs mobiles* », bien sûr, sans les inciter de se déplacer, tout en défendant la stabilité du potentiel médical local,en encourageant les médecins à rester dans la société d'origine de leurs formations, pour pouvoir offrir une meilleur qualité des soins [48].

La réflexion sur 'harmonisation des formations et leur adaptation aux différentes pratiques médicales, est à l'origine de sujet de cette thèse.

Notre expérience des deux systèmes de formations et de pratiques médicales iraniennes et françaises nous a permis de développer cette comparaison.

Notre objectif principal est donc de rassembler les lignes de force de chaque système pour pouvoir évaluer les différences et dégager des convergences de ces deux modèles conceptuels dans une optique d'amélioration de la qualité des pratiques de médecine générale.

Nous allons donc présenter d'abord le modèle de la formation de médecine générale en Iran, en le comparant avec celui développé en France. Nous souhaitons ensuite présenter les grandes lignes des pratiques médicales dans ces deux pays, en mettant en évidence les particularités de chaque mode de fonctionnement, et les comparer en évoquant les avantages et/ou les inconvénients de chacun de ces deux modes de pratiques.
Mais, le but final de notre étude est d'évaluer l'adéquation de ces deux systèmes éducatifs aux pratiques ciblées, et de repérer leurs éventuelles faiblesses.
Cette démarche peut conduire à proposer des convergences vers un contenu des pratiques spécialisées en médecine générale et vers une amélioration de la qualité des soins, en se rapprochant des standards internationaux.

Nos éléments clés pour construire notre concept final seront les expériences réussies (les points forts) de ces deux modèles. La réflexion sur les erreurs passées peut permettre également de progresser plus efficacement.

1. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1.1. Le choix des méthodes

1.1.1. pour l'étude des formations médicales

1.1.1.1. En Iran :

Afin de nous renseigner sur la méthode actuelle d'apprentissage médical en Iran, nous avons commencé nos recherches en contactant par téléphone les services pédagogiques de la scolarité de la faculté de médecine de «TEHRAN », (l'unité de notre formation médicale initiale en Iran) ainsi que les unités pédagogiques du ministère de la Santé, comme référence officielle actuelle de la formation médicale iranienne. Ils nous ont tous invité à consulter leurs sites d'Internet, pour accéder aux documents officiels concernant la formation médicale actuelle en Iran. Ces sites officiels sont mis à jour régulièrement, et ils sont conçus généralement en deux langues, persane et anglaise. Nous avions la possibilité d'y consulter les documents officiels et en particulier, les derniers protocoles de formation de médecine générale, et leurs références officielles : les lois, ainsi que les derniers articles et arrêtés ministériels.

1.1.1.2 En France :

La partie française de nos recherches sur les méthodes de formation en médecine générale est fondée essentiellement, sur les recherches par Internet, en utilisant le moteur de recherche Google (en français).

Nous avons consulté aussi les documents publiés essentiellement en qualité de programme (ou livret) de différents cycles de parcours médical, et les cours de troisième cycle en médecine générale, des différentes facultés (ou UFR) en France, principalement : le site de faculté de médecine de Nancy (l'unité de notre formation de médecine générale en France), Paris 5, Paris 13, Lyon1 (Lyon Sud) et Toulouse.

1.1.2 Pour les pratiques médicales

1.1.2.1. En Iran :

Nous nous sommes informés sur les pratiques médicales en Iran: les méthodes actuelles, en recherchant les différents aspects (positifs ou négatifs) de ces pratiques, les éventuels problèmes des médecins généralistes iraniens, les projets d'évolution de la situation actuelle des généralistes et d'avenir de la médecine générale en Iran. Pour cela nous avons fait une recherche exhaustive sur Internet, consulté les articles et les publications internationaux récents, en nous référant essentiellement à la base bibliographique Medline par Pubmed.

Une des sources importantes de nos informations sur le **projet iranien de « médecin de famille »** était le site officiel du ministère de la Santé d'Iran, en particulier les comptes rendus des réunions régulières au sein du ministère de la Santé, dont les sujets abordés étaient essentiellement les aspects pratiques de ce projet de « médecin de famille ». Les autres sources d'informations sur ce projet étaient les comptes-rendus des colloques et des séminaires (récents), notamment présentés par le site officiel du Conseil national de l'Ordre des Médecins d'Iran, le site du Conseil national des Médecins Généralistes d'Iran, et les sites d'autres syndicats de généralistes iraniens.

Enfin, nous nous sommes renseignés sur les dernières nouvelles du lancement du projet de « médecin de famille » (pratiques et formation), par le biais des articles des journaux et des communiquées de presse iraniens et à travers des résumés des interviews récents avec l'adjoint pédagogique du ministre de la Santé d'Iran, responsable principal du projet de « médecin de famille »

1.1.2.2 En France :

Nos principales références françaises sur les fonctions du médecin généraliste étaient essentiellement les publications de CNGE: « Le référentiel métier en médecine générale» (édition juin 2009), et « La Médecine générale, les concepts et les pratiques » édition 1996, « Thérapeutique en médecine générale » édition 2009. Nous avons consulté aussi d'autres sources, essentiellement les thèses publiées récemment en Médecine générale dont le sujet a un rapport avec les pratiques

médicales en France, et aussi le site d'un syndicat de généralistes de France : MG France.

1.2. Modalités de la recherche bibliographique

Pour identifier les différentes thématiques abordées dans la littérature et les différents documents pédagogiques disponibles, nous avons recherché dans la littérature internationale anglophone, francophone et en langue persane.

1.2.1 Sources de données et sites Internet consultés

L'interrogation a porté sur essentiellement

- Les sites Internet officiels des différentes organisations de Santé
    - Ministère de la Santé d'Iran [39]
    - Conseil national de l'Ordre des Médecins d'Iran[40]
    - WHO : World Health Organization (ou l'OMS)

- Les sites Internet des universités et /ou les facultés (UFR) de Médecine iranienne [9, 41] et françaises

- Les sites Internet des sociétés savantes et institutions

  Sites iraniens : principalement le site de FMC d'Iran [38], le site du conseil national des généralistes ;
- Sites Français: CNGE, SFMG, INSERM, CNRS ;

- Le catalogue du Système universitaire de documentation : Bibliotheque éléctronique des facultés de Médecine d'Iran et de France
- Pubmed
- Le Catalogue et index des sites médicaux de langue Française (CISMeF)
- Le moteur de recherche généraliste Google persan, français, anglais;
- Le métamoteur Google Scholar
- Les sites officiels des presse internationale et locale iraniens consultés, sont IRNA [42], HAMSHAHRI [43], JAME-JAM [44], et MEHR NEWS [45],.

1.2.2. Stratégie d'interrogation

Nous avons commencé par dresser une large liste de « mots-clés » (en anglais, persan et français), qui s'est enrichie au cours de la recherche : médecine ; médecine générale ; DES médecine générale ; médicale ; formation ; pratique médicale ; médecin de famille ; mode d'exercice ;

L'interrogation des différentes sources de données a consisté en une combinaison des différents « mots clés », avec les opérateurs booléens. Exemple : (familly) ET (pratician) ET (Iran).

Les différents liens proposés, les documents associés et cités en référence ont également été consultés.

1.2.3 La recherche par les mots clés

Par la méthode progressive de recherche des mots clés, en trois langues (en persan, en anglais et en français).

Les principaux mots clés sont Formation médicale, *medical education*, DES de médecine générale, médecin de famille en Iran, *Familly praticien (program) in Iran, m*édecin généraliste, *General practicianar*, Pratiques médicales, *Medical practice in Iran,* et formation médicale continue (FMC), *continu medical education : CME*

1.2.4. Sélection des documents

Pour la sélection des documents à étudier, nous avons pris en compte essentiellement: les ouvrages existants, les documents validés par des commissions universitaires, les documents émanant de sociétés savantes et institutions, les sites Internet certifiés par une charte de qualité (HONcode12) ou répondant aux principaux critères de qualité des sites biomédicaux (NetScoring).

1.2.5. Synthèse de la littérature

L'objectif de cette phase de recherche bibliographique était de répertorier l'ensemble des documents existants et les thématiques relatives à la « formation et / ou pratiques de médecine générale », en Iran et en France, et « la médecine de famille » en Iran.

Dans notre synthèse, nous nous sommes concentrés plus particulièrement sur les différents aspects des formations et de pratiques en médecine générale, en Iran.

Nous avons cité brièvement, les particularités de la pédagogie et des pratiques de médecine générale en France. Nous avons fait par la suite, une comparaison des deux systèmes (de formation et pratiques de MG), iranien et français.

Nous nous sommes intéressés particulièrement, aux différences d'approche diagnostique et de prises en charges des patients au cabinet du médecin généraliste.

2 . PREMIÈRE PARTIE :

FORMATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE

2.1. La formation de médecine générale en Iran

2.1.1. Pré requis :

L'accès aux études supérieures en Iran est donné par le concours national annuel, dont le classement est l'élément essentiel du choix de filières. Le baccalauréat scientifique est indispensable pour l'accès au concours de Médecine générale. Le programme de ce concours est l'ensemble des modules (généraux et spécifique) enseignés pendant les quatre années de lycée.

2.1.2. Généralités :

Tous les étudiants de médecine, deviennent médecins généralistes à la fin de leurs études, par le biais d'une thèse sur un thème médical.
La spécialisation est une option (et non une obligation). Elle est accessible à tous les médecins généralistes par le concours national de chaque spécialité.
Le programme d'enseignement supérieur en Iran est fondé sur des modules. Chaque module enseigné contient différentes matières avec leur propre nombre d' «unités » de matière. La notion d'«unité» a presque la même signification que « les coefficients » dans le système français.

La formation de Médecine générale est répartie en 5 étapes:

1) Science fondamentales : 2 ans
2) Sémiologie, Physiopathologie : 6 mois
3) Stages hospitaliers d'externat : 20 mois
4) Stages hospitaliers d'internat : 18 mois
5) La thèse

La durée optimale de cette formation est de 6 ans, soit 12 semestres.

Chaque module est reparti en différentes matières avec leur nombre propre d'unités.

Le nombre total des unités validées au cours des études de Médecine générale est de **290** dont **152** sont attribuées aux cours théoriques, **138** à la sémiologie, aux stages d'externat et d'internat et à la thèse comme le montre le tableau suivant.

Tableau 1: Liste des unités des différentes modules de l'étude de médecine générale en Iran [32]

N°	Modules	unités
1	Cours généraux	23
2	Sciences fondamentales et cours spécifique	68
3	2eme étape (sémiologie et physiopathologie,..)	30
4	L'Externat	95
5	L'internat et les gardes	68
6	Thèse	6

2.1.3. Organisation en étapes

2.1.3.1 Première étape : Sciences fondamentales

Pendant cette étape, les étudiants suivent les modules généraux ainsi que ceux de sciences fondamentales, pour une durée optimale de 2 ans. Chaque année de cette étape consiste en deux quadrimestres avec un intervalle d'une quinzaine de jours et des vacances d'été de 2 ou 3 mois). La durée maximum autorisée pour cette étape est de 3 ans.

2.1.3.1.1. Les objectifs généraux:

sont la connaissance de

- la structure et la physiologie du corps humain,

- les vecteurs pathogènes et le mécanisme de défense de corps humain contre ses vecteurs,
- les principales maladies transmissibles, leur prévention et les recommandations d'hygiène pour limiter le risque de propagation de ces maladies.
- et la capacité d'analyse des grands problèmes de santé publique en Iran, et dans le monde, et de influence de l'environnement et du travail sur la santé.

A chaque quadrimestre de la première étape, il faut valider un ensemble de modules de sciences fondamentales et/ou de modules généraux pour un total de 20 unités (*cf*. Annexe : tableau 4).

Le programme d'enseignement de chaque quadrimestre, y compris l'ordre des modules et des matières, est défini par le responsable pédagogique de la première étape de la faculté de médecine concernée (*cf*. Annexe le tableau 4) [24, 32].

2.1.3.2. Deuxième étape : Sémiologie et physiopathologie

Elle consiste en l'enseignement de la sémiologie et de la physiopathologie des maladies les plus fréquentes. La durée optimale de cette étape est de six mois, avec une durée maximum autorisée d'un an.

2.1.3.2.1. Les objectifs généraux sont de connaître :

- les principaux processus anatomo-physio-pathologiques des maladies les plus fréquentes,
- les étiologies, les facteurs favorisants et/ ou les facteurs protecteurs ainsi que
- les symptômes de ces maladies
- les généralités sur les médicaments, la pharmacodynamique, les éléments de pharmacocinétique et variation de l'activité des médicaments ainsi que l'interaction médicamenteuse,

et de se familiariser avec une approche diagnostique par la méthode analytique.

2.1.3.2.2. Les modules de cette étape sont les suivants :

1- Sémiologie
2- Physiopathologie
3 - Pathologie spécifique
4- Pharmacologie

2.1.3.2.2.1. Sémiologie :

Le premier semestre de la troisième année commence tout de suite après la fin des cours de sciences fondamentales, sans délai. Tous les matins des deux premières semaines sont consacrés à la sémiologie générale. Ensuite ont lieu les cours de sémiologie clinique, à raison d'une matinée par semaine, dans les différents services hospitaliers.

Le module de sémiologie clinique consiste en sémiologie des maladiest :

- hépato-gastro-entérologique et cardiovasculaires chacune pour quatre semaines,
- endocrinologique, néphrologique, hématologique, rhumatologique et pneumologique, chacune pour 3 semaines.

A la fin de chaque module de sémiologie, il existe un contrôle de connaissances, avec possibilité de rattrapage. Si l'étudiant n'est pas admis après le rattrapage, il doit redoubler ce module.

2.1.3.2.2.2. Physiopathologie :

En plus du cours de sémiologie, sont dispensées un maximum de 12 heures de cours de physiopathologie par semaine. Ils abordent les physiopathologies des différents systèmes et appareils, dans les séances respectives. La répartition des cours ressemble aux celles des divers modules en France.

2.1.3.2.2.3. Pathologie spécifique :

Les cours sont divisés en deux parts égaux : les cours théoriques et les TP. Les cours théoriques portent essentiellement sur la pathologie spécifique des organes,

basé essentiellement, sur la référence américaine de «*Robbins Pathologic Basis of disease* ». Ils abordent respectivement toutes les pathologies de chaque système ou appareil de l'organisme, par les organes cibles. Les cours de pathologie essayent d'aborder respectivement, et en parallèle, le même organe cible que dans les cours de physiopathologie, par exemple, les cours de pathologie de poumons enseignent corrélativement aux cours de sémiologie des maladies pulmonaires.

2.1.3.2.2.4. Pharmacologie :

Les cours de pharmacologie abordent en premier, les généralités (pharmacocinétique, pharmacogénétiques, etc), en suite ils focalisent sur les différentes catégories des médicaments (essentiellement : neuropharmacologie, les antalgiques, antihypertensifs, psychopharmacologie, etc,). En dernier, la partie globale des remarques sur l'immuno-pharmacologie, toxicologie, interaction médicamenteuses et finalement les règles de prescription médicamenteuse.

Les cours de Pathologie spécifique et ceux de Pharmacologie ont lieu tout au long de ce semestre de manière indépendante.

Les examens de contrôle de pharmacologie et de pathologie ont lieu à la fin de semestre.

2.1.3.2.3. Validation : L'accès aux étapes suivantes (stage hospitalier d'externat) est réservé aux étudiants qui ont réussi tous les examens de sémiologie et physiopathologie.

Parfois, et de manière exceptionnelle, s'il a échoué à un seul examen, l'étudiant est autorisé à entrer dans la troisième étape, à condition de réussir l'examen lors du premier semestre de la troisième étape [24, 32].

2.1.3.3. Troisième étape : Stages hospitaliers d'externat (4e et 5e année)

Elle comporte une formation théorique et une formation clinique. La durée optimale de cette étape est de 20 mois. La durée maximum de ce stage est de 27 mois, au delà de la quelle et sans excuse valable, la poursuite des études médicales n'est pas autorisée.

2.1.3.3.1. Les Objectifs généraux

de cette étape sont d'initier les étudiants à l'examen somatique et aux principaux gestes techniques.

L'étudiant doit apprendre à justifier sa démarche diagnostique, thérapeutique et préventive. Il doit savoir aussi, formuler des recommandations précises d'hygiène, pour limiter le risque nosocomial.

Il a une obligation d'auto-formation grâce à la recherche documentaire.

Lors de cette étape l'étudiant développe sa capacité de déduction indépendante.

Il doit apprendre aussi, à maîtriser la relation médecin–malade, ainsi qu'à avoir une attitude professionnelle convenable et respectant la déontologie.

2.1.3.3.2. Programme :

La majeure partie de ce stage est consacrée aux cours théoriques afin d'apprendre les recommandations des procédures diagnostiques, thérapeutiques et préventives.

La formation clinique est sous la surveillance des professeurs et des assistants chef de clinique (ACC). Elle comporte la participation aux différentes activités hospitalières (comprenant la prise en charge des malades hospitalisés, les visites et les staffs du service), ainsi que l'assistance aux consultations. L'objectif est d'apprendre l'examen clinique des patients, surtout en soins ambulatoires, la gestion des urgences et d'acquérir une attitude professionnelle.

La validation de la totalité des stages conditionne le passage dans l'étape supérieure : l'Internat.

Si le total des absences d'un étudiant dans un service dépasse 10% du temps de stage dans ce service, il doit redoubler ce stage. Pour les cas exceptionnel, la décision est prise par le conseil pédagogique de la faculté.

Les stages hospitaliers d'externat sont obligatoires dans les services suivants des CHU. :

- Médecine interne
- Chirurgie générale
- Pédiatrie
- Gynécologie, obstétrique
- Ophtalmologie
- ORL
- Psychiatrie
- Radiologie
- Dermatologie

Les heures de présence dans le service sont: de 7h30 à 14 h, les quatre premiers jours de la semaine.
Un jour de la semaine est consacré aux cours généraux à la faculté.
Les après-midi sont consacrés aux cours théoriques spécifiques du stage.

2.1.3.3.3. La validation de chaque stage hospitalier se fait à la fin du stage, et le contrôle des connaissances de l'ensemble des cours théoriques est fait à la fin de chaque semestre.

Pour valider chaque stage il faut une note supérieure ou égale 12 sur 20. Cette note de stage tient compte :

- de l'assiduité des étudiants et de leur participations aux activités du service et aux cours théoriques,
- du comportement du stagiaire tout au long de son stage,

- du respect de l'éthique médicale tout en respectant les principes religieux,
- de la bonne maîtrise de relation médecin-malade,
- de la capacité d'établir une bonne relation avec l'équipe soignante,
- de la capacité d'autoformation et d'analyse critiques des documents,
- de la prise de responsabilités professionnelles dans les missions qui leur sont confiées

- de la vérification des connaissances théoriques et de l'acquisition d'un certain nombre de gestes pratiques,

L'évaluation est réalisée par le chef du service à la fin de stage.

La validation de la totalité des stages de l'externat conditionne le passage dans l'année de l'Internat [24,30, 32].

2.1.3.4. Concours de pré-internat

Depuis février 1982, un concours de classement national pré-internat se déroule avant le stage d'internat. L'objet de ce concours est la vérification de l'acquisition des modules de sciences fondamentales, des modules spécifiques et généraux de médecine, physiopathologie, et porte aussi sur des cas cliniques. Ce concours est obligatoire pour tous les futurs internes. L'accès à ce concours est réservé à ceux qui ont validé la totalité de leurs stages d'externat [24,32].

Le choix des services hospitaliers de l'internat fait selon l'ordre de classement de ce concours.

2.1.3.5. Quatrième étape : L'Internat

Pendant ce stage hospitalier, l'étudiant travaille sous la responsabilité du chef du service, et sous la surveillance directe des ACC du service. Ainsi, il peut effectuer des actes et des gestes, en qualité de futur médecin, avec la possibilité de

prescription médicale. Il doit assurer aussi certain nombre de gardes à chaque stage, selon les nécessités du service et en coordination avec les autres internes du service. L'interne est salarié par le CHU concerné, pour ses activités journalières et ses gardes.

2.1.3.5.1. Les objectifs généraux:

A la fin de l'internat de médecine générale, l'étudiant doit être capable, dans des situations cliniques très fréquentes et/ou d'urgence d'évaluer la gravité, de décider ou non d'une hospitalisation, d'argumenter la prise en charge du malade, le raisonnement diagnostique et les examens complémentaires pertinents. L'étudiant doit savoir communiquer et justifier sa démarche diagnostique, thérapeutique et préventive. Devant chaque situation clinique, il doit prendre la décision adaptée de manière indépendante, basée sur une responsabilité professionnelle vis-à-vis des patients.

2.1.3.5.2. Programme :

La durée optimale de cette étape est de 18 mois dont un mois de congés payés. En cas d'absence de plus de 10% de la durée d'un stage d'internat, l'interne doit redoubler ce stage. La durée maximale autorisée de l'internat est de deux ans, au-delà de laquelle, la validation des études médicales est décidée par le conseil scientifique du ministre de la Santé et de l'Education.

Pendant l'internat, un stage dans les services suivants est **obligatoire** :

- Médecine interne,,
- Chirurgie générale
- Pédiatrie,
- Gynécologie, obstétrique
- Santé publique,
- ORL,
- Ophtalmologie,
- Psychiatrie,

Un stage dans les services suivants est **optionnel**

- Cardiologie
- Neurologie
- Maladies infectieuses, ou
- Dermatologie

Ces stages peuvent être effectués en CHU ou dans les autres hôpitaux publics qui acceptent les stagiaires.

Les horaires de travail dans les services et le nombre de gardes sont définis par le conseil pédagogique de la faculté et/ou les services hospitaliers concernés.

La majeure partie du stage de l'interne doit être consacrée aux soins ambulatoires comprenant les consultations externes et /ou les consultations de SAU, sous la surveillance du professeur concerné et/ou des ACC.

2.1.3.5.3. Validation :

L'évaluation de chaque stage d'internat est matérialisée par une note de zéro à 20 qui est attribuée à l'étudiant à la fin du stage.

Les conditions de validation sont presque les mêmes que celles des stages de l'externat : avoir une note minimale de 12/20 et d'une assiduité **temps plein** aux services , y compris les gardes [24,30, 32].

2.1.3.6. Cinquième et dernière étape : La thèse

Enfin, pour obtenir le diplôme de Médecine générale il faut rédiger une thèse sur un sujet de science médicale, ou réaliser une étude bibliographique ou une recherche.

Ainsi tous les étudiants en médecine d'Iran.deviennent médecins généralistes [24,30, 32].

2.1.4. Les particularités de la formation en médecine générale en Iran

2.1.4.1. Le modèle et les références de formation :

La formation en médecine générale en Iran suit essentiellement le modèle américain. La plupart des enseignants universitaires sont des médecins et/ou des chirurgiens spécialistes (la spécialité de médecine générale n'est pas individualisée), dont la majorité sont formés aux Etats-unis. Ces professeurs d'université utilisent presque toujours des termes médicaux anglais, et leurs cours sont fondés essentiellement sur des références bibliographiques anglo-saxonnes, et les dernières éditions des « textbooks » en médecine, comme le Harrison's, Cecil ou Oxford en médecine interne, et le « Nelson's textbook of pediatrics » pour la pédiatrie, le « William's textbook of obstetrics » pour l'obstétrique, par exemple.

Les étudiants en médecine doivent connaître toutes les pathologies et les syndromes existant dans le domaine de la Médecine, sous leur nom universel (en anglais), ou parfois en français. Ils apprennent toutes les maladies citées dans les « textbooks » américains, sans exception, même les maladies qui sont très rares ou inexistantes en Iran.

Pour cela les étudiants doivent bien connaître l'anglais, surtout l'anglais scientifique et médical. Cela leur est utile pour une autoformation en consultant les références bibliographiques et pour suivre les cours des professeurs de la faculté.

Les compte rendus des consultations, les résultats des bilans biologiques ou les comptes rendus des bilans d'imagerie, les comptes rendus opératoires et même les observations médicales dans les dossiers des patients hospitalisés ou ambulatoires sont écrits souvent en anglais.

De plus, les étudiants doivent assister aux conférences et aux séminaires internationaux, qui sont une partie importante de leur formation de médecine générale en Iran. Les conférences ou séminaires se tiennent presque toujours en anglais.

Puisque les références officielles des cours de médecine générale sont essentiellement les bases médicales américaines, la méthode d'approche diagnostique suit aussi le modèle américain.
Cette méthode est basée sur un système de diagnostic par élimination, utilisant les listes de diagnostic différentiel (DD). Pour chaque symptôme (ou motif de recours) principal du patient, s'ouvre une liste exhaustive de diagnostics différentiels. Cette liste est classée soit par ordre de fréquence : de la pathologie plus fréquente à la moins fréquente, soit par catégorie de maladie. Lors de l'examen clinique, le médecin barre dans la liste de diagnostics différentiels, les pathologies qui ne sont pas compatibles avec les signes cliniques retrouvés.
Pendant le suivi du patient, et par le biais des bilans complémentaires, il élimine au fur et au mesure des pathologies improbables et il continue le suivi et les bilans jusqu'à aboutir à quelques pathologies fortement probables. Alors, il débute la stratégie thérapeutique selon ces suspicions diagnostiques.

Ainsi, un outil indispensable des étudiants de médecine en Iran est la référence des Diagnostics différentiels, souvent proposée sous forme d'un livre de poche. Cette référence de DD rappelle aux étudiants une liste complète de DD pour chaque symptôme. Grâce à cette liste, l'étudiant vérifie si sa liste des bilans complémentaires est complète. L'objectif est de savoir par cœur cette liste de DD.

2.1.4.2. Formation en CHU: Une particularité importante de la formation de médecine générale en Iran est que les patients suivis en CHU (en hospitalisation ou en consultation) et vus par les étudiants sont une grande partie des patients relevant d'un recours en soins primaires. En raison du système de santé en Iran et de la prise en charge de sécurité sociale très restreinte, l'offre de soins primaires ou spécialisés revient beaucoup moins chère au CHU que dans les hôpitaux privés, favorisant la consultation en premier recours au CHU. Par conséquent, les internes ont la possibilité de voir beaucoup de situations cliniques de premier recours pendant leur stage. Cela leur permet de travailler en autonomie plus souvent. Mais au point de vue pratique, le nombre élevé des patients de chaque consultation ne permet pas aux internes par manque de temps de pratiquer leur rôle de médecin généraliste en

matière de prévention ou d'éducation du patient. Ils s'occupent seulement de diagnostic et/ou de thérapeutique curative.

2.1.4.3. La thérapeutique en Iran n'a pas beaucoup évoluée depuis ces dix dernières années. Les nouveaux médicaments doivent prouver leur meilleure efficacité par rapport aux anciens médicaments pour pouvoir les remplacer. La mise en route d'un nouveau traitement nécessite une autorisation ministérielle qui est très difficile à obtenir. Cela ressemble beaucoup au mode de fonctionnement de la FDA américaine.

2.1.4.4. L'évolution : Depuis ces dernières années la formation de médecine générale est en évolution, pour se rapprocher du système européen. On remarque parfois une tendance à rejoindre le système français, aussi bien en formation initiale qu'en formation continue professionnelle. Depuis la révolution de 1979 d'Iran, les médecins spécialistes et les professeurs d'université, formés en Europe sont plus nombreux qu'avant.

2.1.4.5. L'objectif de formation : En Iran, les étudiants en médecine générale sont formés plutôt pour une activité professionnelle ambulatoire. Les médecins généralistes fonctionnent souvent en médecine libérale ou salariée dans des polycliniques privées ou publiques, et parfois aux SAU. Les médecins généralistes doivent être capable de gérer les situations d'urgences (y compris des accouchements inopinés). Pendant leurs stages hospitaliers, on leur demande donc plus souvent de participer aux consultations et aux gardes médicales ou chirurgicales des SAU, selon le service concerné. Assister aux interventions de bloc opératoire est optionnel, et est demandé par les étudiants qui souhaitent suivre une spécialité chirurgicale.

2.1.4.6. Les intervenants : Les professeurs d'université en médecine générale sont le plus souvent des médecins spécialistes d'autres disciplines ou des chirurgiens. Les médecins généralistes n'ont pas encore trouvé leur propre rôle dans la formation

des MG. Pourtant ce rôle est un rôle clé qui est malheureusement, ignoré ou oublié dans le système d'enseignement iranien.

Cependant, et depuis ces dernières années, on remarque quelques réformes d'enseignement en Médecine générale, y compris l'intégration de médecins généralistes comme enseignants de Médecine générale dans certaines facultés de Médecine en Iran.

2.1.4.7. La validation : La validation de chaque étape de la formation de Médecine générale est obligatoire pour accéder à l'étape suivante, sauf exception. Par exemple, si seulement un module (ou un stage) non validé est le seul obstacle pour entrer à l'étape suivante, le conseil pédagogique de la faculté peut autoriser exceptionnellement, l'étudiant à commencer l'étape suivante, et redoubler le module (ou le stage) non validé.

A la fin de leurs études, tous les étudiants en médecine deviennent médecin généraliste après avoir validé tous leurs enseignements et leurs stages, et avoir soutenu leur thèse. Ainsi l'Internat en médecine générale est la seule et unique forme d'Internat en Iran.

L'accès à l'internat se fait par la participation à un concours de classement national « Pré-Internat », accessible à tous les externes, après avoir validé leurs stages et leurs cours.
C'est une étape obligatoire, (comme l'ECN en France), et le classement sert pour la répartition des internes. La différence entre les concours de Pré-internat iranien, et l'Examen national classant français repose sur deux points :

- Le Pré-internat donne accès seulement à l'internat en Médecine générale, et n'ouvre pas sur les autres spécialités.
- Le choix des services optionnels et surtout le choix d'ordre des services obligatoires, se fait en une seule fois, avant le début de l'Internat.

Le jour du choix des stages d'Internat, les étudiants sont appelés selon leur classement de concours du Pré-internat, où ils choisissent **l'ensemble** de leurs services (obligatoires et optionnels) pour les 18 mois d'internat, en une seule fois.

2.1.4.7.1. Le concours de Pré-internat, est le dernier contrôle écrit de connaissances du parcours de médecine générale. C'est un concours aux questions à choix simples (**QCS**).

Les **modules** de ce concours Pré-internat sont essentiellement repartis en deux grandes parties : sciences fondamentales et pratique clinique.
Parmi les cours de sciences fondamentales, sont choisis certains modules spécifiques comme l'anatomie, la pathologie, la pharmacologie, la physiologie, etc.
La partie clinique porte sur l'ensemble de la médecine interne (fondée sur les références internationales), de la chirurgie générale, pédiatrie, gynécologie, obstétrique, psychiatrie, ORL, ophtalmologie et dermatologie.
La référence de chaque module de sciences fondamentales ou de chaque partie clinique est la référence aux « Textbook » américains tel que : « *Harrison's ou Cecil textbook of internal medecine* », pour la medecine interne, « *Schwartz's Principale of Surgery* » (chirurgie générale), « *Goodman & Gileman's The Pharmacologcal Basis of Therapeutics* » (pharmacologie), « *Robbins Pathologic Basis of Disease* », « *Guyton texte book of medical physiology* » (physiologie).

Les sujets qui peuvent être proposés aux concours sont innombrables, et le domaine scientifique du concours est tellement vaste que, jamais, aucun des étudiants en médecine ne peut l'avoir révisé intégralement, surtout dans le peu de temps dont il dispose. Mais comme c'est un examen par QCS, ce concours devient moins effrayant, surtout pour des étudiants qui ont déjà appris à utiliser les bases scientifiques internationales, tout au long de leur parcours de MG.

L'internat est la dernière étape de la formation de MG en Iran, avec une durée optimale de 18 mois. Cette partie de la formation est purement pratique (à la différence du système français).

La validation des stages hospitaliers des internes de MG se fait par une évaluation du professeur responsable de chaque service. Cela est très individualisé, dépendant essentiellement du service et du professeur concerné.

Il n'existe pas d'examen écrit ou oral pour valider l'internat.

2.1.4.7.2. La thèse

La dernière étape de validation des études de Médecine générale est de rédiger une thèse sur un sujet médical ou chirurgical ou de sciences fondamentales. La thèse peut être soutenue au cours des derniers mois de l'Internat. Mais, il n'y a pas de limite de temps à la soutenance cette thèse, après la fin du stage pratique.
Mais tant que la thèse n'est pas validée, le diplôme de MG n'est pas délivré, et par conséquent l'interne n'est pas reconnu médecin, et il n'a pas ni la possibilité de travailler ni participer au concours de spécialisation. C'est donc l'intérêt de l'interne de soutenir sa thèse le plus rapidement possible.

La date d'obtention du diplôme de MG est la date de soutenance de la thèse, et c'est la date de fin des études médicales en Médecine générale.

2.1.4.8. La spécialisation est accessible à tous les médecins généralistes thésés, par un concours national pour chaque spécialité. Les médecins en cours de spécialisation sont les assistants des services hospitaliers et ont un poste équivalent à celui des assistants chef de clinique (ACC) en France.

Le cursus de la « spécialisation » en Iran, n'est pas développé dans cette thèse, puisque cela ne concerne pas actuellement la Médecine Générale.

2.1.5. Formation médicale continue ou FMC

La FMC est l'équivalent du terme américain «*Continuing Medical Education*» (CME) [2]. Il s'agit d'une formation qui s'acquiert après le diplôme, au cours de l'exercice professionnel, par opposition à la formation initiale reçue en faculté au cours des

études. Cela est particulièrement nécessaire dans les professions de Santé en raison de l'évolution de plus en plus rapide des connaissances et des techniques.

A la suite des réformes du système de Santé en Iran, et depuis les années 1991-1992, une formation médicale continue est prévue pour tous les diplômés en médecine générale, ainsi que pour tous les spécialistes. Cette formation ressemble beaucoup à celles de la France.
L'objectif principal est de garder à jour les connaissances médicales, et d'offrir la possibilité aux médecins d'échanger des expériences professionnelles après la fin de leurs études.

2.1.5.1. Les modalités de la FMC en Iran

En Iran, la FMC est bien réglementée. Il faut obtenir un nombre optimal de points pour chaque spécialité, 125 points pour les généralistes, ou d'autres spécialistes, tous les 5 ans, dès la fin des études de médecine générale (ou de spécialité). Les médecins ont la possibilité de participer aux séminaires de leur choix, parmi des formations qui ont lieu régulièrement au niveau national, sur les différents thèmes médicaux. Pour chaque séminaire est attribué un nombre de points, selon la durée, le thème, et la spécialité des participants : conférenciers ou auditeurs.

Un séminaire peut avoir différents nombres de points selon les spécialités des participants, par exemple, 10 points pour les auditeurs en MG, 25 points pour les pédiatres, ou 50 points pour les conférenciers.
La participation aux séminaires est payante. A la fin de chaque séminaire, une attestation de présence est délivrée aux participants avec annotation des points obtenus.
Chaque faculté ou UFR organise régulièrement les séminaires ou conférences dans le cadre de la formation médicale continue (FMC). La liste complète de ces FMC est ensuite diffusée sur le site officiel de la FMC d'Iran [38]. Cette liste est accessible aussi par le site officiel de ministère de la Santé iranien [39], le site officiel du conseil national de l'Ordre des Médecins d'Iran [36], rubrique : «Formation », et naturellement, aussi par le site de la faculté concernée. Les détails de cette formation ne sont pas encore diffusés.

2.2. La formation de médecine générale en France

2.2.1. Pré- requis :

Pour s'inscrire en première année des études de santé ou PACES, il faut être titulaire du baccalauréat ou d'un diplôme équivalent, si l'on est français. Pour les étrangers il existe des réglementations spéciales, dont l'explication sort du sujet de cette thèse.

2.2.2. Généralités :

En France, les études de médecine se font en deux grandes parties : les études médicales communes de 6 ans, et les études de spécialisation, avec une durée différentes, selon la spécialité, de trois ans pour les médecins généralistes et jusqu'à cinq ans pour la spécialité de médecine interne ou la chirurgie générale.

La première partie des études médicales ou partie commune se réalise en deux cycle distincts, le premier cycle et le deuxième cycle. La spécialisation fait partie de troisième cycle de formation médicale.

La fin des études est la fin des études de spécialité, marquée par la soutenance d'un mémoire de DES et d'une thèse d'exercice, qui donne le droit d'exercer en tant que docteur en médecine en France. La thèse a donc pour les étudiants français le même valeur que le permis de travail pour les étudiants iraniens.

2.2.3. Organisation des études en cycle

2.2.3.1. Premier cycle : PAES (ou) PACES, Concours de première année, PCEM2

Le premier cycle (PCEM) dure 2 ans. Ces deux années sont consacrées aux sciences fondamentales: anatomie, physiologie humaine, biochimie, bactériologie, statistiques, etc. Il s'agit de cours théoriques ou cours magistraux et de travaux pratiques (TP) et /ou d'enseignements dirigés (ED). Ces deux derniers ont lieu pour des groupes de travail de 20 à 50 personnes alors que les enseignements

magistraux sont délivrés en amphithéâtre pour plusieurs centaines d'étudiants. La présence des étudiants aux TP ou ED est obligatoire pour leurs validations.

La particularité de la première année de médecine ou PACES repose sur son accessibilité à tous les bacheliers qui souhaite faire des études de médecine, odontologie, pharmacie, maïeutique et /ou kinésithérapie. Ils sont étudiants de première année du premier cycle des études médicales, mais avant la fin de l'année et le résultat de concours de première année, leur devenir n'est pas certain. Ils ne sont réellement engagés dans les études de médecine qu'en deuxième année.

La deuxième particularité de la première année est que la majorité des cours soit communs (80%) pour tous les étudiants de Santé, et seulement 20 % de cours soont spécifique de chaque filière.

A l'issue de cette première année, a lieu un concours commun dont la réussite permettra l'accès à la seconde année d'études médicales. Il n'est pas possible de s'inscrire plus de deux fois en première année.

C'est un concours qui interroge les étudiants sur le programme des enseignements de première année . La majorité des épreuves sont des QCM, avec ou sans points négatifs pour pénaliser les réponses fausses. Chaque module ou matière aura ses propres coefficients pour ce concours, et des coefficients dépendants de la filière choisie par l'étudiant.
Le taux de réussite à ce concours est environ 16%, pour la filière médecine.

Chaque année, le nombre d'étudiants (**numerus clausus**) admis à poursuivre en deuxième année (PCEM2), est fixée par arrêté ministériel, pour chaque UFR ou faculté
En deuxième année, en plus des cours de sciences fondamentales, les étudiants en médecine doivent aussi effectuer un stage pratique (stage Infirmier) de trois semaines, premier contact avec le patient et le monde hospitalier [5].

2.2.3.2. Le deuxième cycle : DCEM1, DCEM 2, DCEM 3, DCEM 4

Le deuxième cycle : DCEM, dure 4 ans.

Les cours du deuxième cycle sont basés essentiellement sur les différents modules.

Les 345 pathologies et situations cliniques inscrits au programme sont répartis en onze modules distincts.

La première année de deuxième cycle est marquée par les cours de sémiologie, comme la 3eme année de médecine en Iran.

Les étudiants à partir de la deuxième année du deuxième cycle (DCEM2), deviennent « externes », stagiaires dans les services hospitaliers, essentiellement aux CHU mais également depuis quelques années pour quelques semaines dans des cabinets de médecine générale. Les trois années suivantes, sont consacrées à l'apprentissage de la médecine clinique (programme de 345 « questions » couvrant une vaste étendue de pathologies humaines, choisies en raison de leur fréquence et/ou de leur gravité). Les externes sont rémunérés par le CHU, sur des fonds mis à dispositions par le ministère de la Santé

L'externat se termine par les épreuves classantes nationales (ECN)

2.2.3.2.1. Validation :

Pour accéder au 3ème cycle, les étudiants doivent valider le deuxième cycle et passer avec succès les épreuves d'enseignement théorique, valider tous les stages hospitaliers (36 mois dans différentes spécialités), faire 36 gardes en trois ans, et participer aux séminaires obligatoires[5].

2.2.3.3. ECN « épreuves classantes nationales » :

Le passage des « ECN » permet d'accéder à une spécialité parmi onze groupes de spécialités dont la Médecine générale, « ECN » dont le résultat (rang d'affectation) détermine les possibilités de choix d'une spécialisation.

Les affectations d'internat offertes concernent pour plus de la moitié des postes de Médecine générale. Les étudiants qui sont mieux classés choisissent souvent une

spécialité autre que la Médecine générale, à quelques exceptions près, et le choix de devenir généraliste est plutôt un choix par défaut pour un certain nombre d'internes [5, 17].

2.2.3.4. Le troisième cycle : spécialisation

En général, le troisième cycle offre deux filières possibles : la Médecine générale ou les autres spécialités, qui aboutissent l'une et l'autre au diplôme d'études spécialisées « DES », décliné en une trentaine de DES distincts.

L'internat de médecine générale conduit en trois ans à la Médecine générale. Ce cycle comporte l'exercice de fonctions de soins rémunérées, à plein temps, organisées en 6 stages de six mois (un semestre) en établissement hospitalier, ou en cabinet de médecine générale, selon une maquette spécifique du DES de Médecine générale.

Cette maquette prévoit des stages obligatoire en service de médecine adulte, en service d'urgences, en pédiatrie et/ou gynécologie et un semestre en choix libre dans un service agréé pour le DES de médecine générale. Un stage chez les praticiens est prévu à partir du deuxième semestre, et un stage d'autonomie en médecine ambulatoire ou « SASPAS», dans le cadre de projet professionnel en 5ème ou 6 ème semestre est possible , en fonction de l'orientation future des étudiants et de la disponibilité des terrains de stage. D'autres stages répondant à un projet personnel de l'interne de médecine générale peuvent être envisagés : PMI, médecine humanitaire, médecine pénitentiaire ou stage hospitalier classique.

Sans doctorat, l'étudiant peut exercer en tant que remplaçant après un an et demi (trois semestres) en 3^{e} cycle à condition d'avoir validé son premier stage de six mois chez un médecin généraliste [5].

2.2.3.5. DESC

Le DES de médecine générale, peut être complété par une formation spécialisée complémentaire : DESC, préparé en deux ans, ou une capacité en médecine

(CAPME) [5]. Actuellement, beaucoup d'internes en médecine générale sont intéressés par le DESC de médecine d'urgence.

2.3.3.6. Thèse

Le DES et DESC (éventuellement) réussi et après avoir soutenu sa thèse devant un jury, l'interne obtient le diplôme d'état de docteur en Médecine

La thèse d'exercice en médecine porte sur des travaux de recherche épidémiologique, diagnostique, ou thérapeutique, Elle peut aussi porter sur un sujet médical historique, être un travail de recherche bibliographique ou une recherche qualitative. C'est un travail original, qui est fait l'objet d'une soutenance devant un jury d'enseignants de la faculté de Médecine.

2.2.4. Particularités de la formation en médecine générale en France

2.2.4.1. Revalorisation de médecine générale depuis 2004

Jusqu'en 2004, les futurs généralistes ne passaient pas le concours de l'internat (précurseur de l'examen classant national). Le deuxième cycle était suivi d'une période appelée « résidanat », et qui durait deux ans et demi (trois ans pour les nouvelles promotions de résidents à partir de 2001). Depuis la rentrée 2004, tous les étudiants en médecine doivent désormais passer l'examen national classant (renommé « épreuves classantes nationales » par la suite) et faire un internat [18]. L'ancien résidanat est devenu alors l'internat de médecine générale, dans le cadre du processus de revalorisation de cette profession désertée de façon inquiétante.

2.2.4.2. Méthode d'apprentissage

La méthode d'apprentissage de la clinique s'effectue par un programme de 345 « questions » couvrant une vaste étendue des pathologies humaines, choisies en

raison de leur fréquence et/ou de leur gravité. C'est un modèle qui limite l'apprentissage aux certaines pathologies, les plus fréquentes ou les plus graves. Ce modèle est loin d'être exhaustif.

Ce modèle est basé entièrement sur la base scientifique francophone. Les références des étudiants français sont les guides médicaux français, comme les recommandations, les conférences de consensus, etc.

2.2.5. Formation médicale continue

La formation médicale continue en France, fait appel à tous les moyens d'acquisition ou de mise à jour des connaissances, y compris, lecture d'ouvrages, abonnements à des revues professionnelles, assistance à des congrès scientifiques nationaux ou internationaux, assistance à des séances régionales ou locales de formation médicale continue, participation à des stages de formation, etc. Les modalités de remplir l'obligation légale de formation médicale continue sont l'objet de fréquents remaniements depuis quelques années, intégrant des dispositifs d'évaluation de pratiques professionnelles depuis 2005, puis des dispositifs de développement professionnel continu dont le cadre appartient à la loi Hopital- patient –santé – territoires (HPST) de juillet 2009 :

« *Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins*. » (Art. L. 4133-1.)

Les décrets d'application de cette loi tardent à être publiés et les modalités de satisfaction de l'obligation sont imprécis : le critère en vigueur depuis 2005 était la collecte de 250 crédits lors d'actions de formation dont 100 crédits correspondant à la réalisation d'une évaluation des pratiques professionnelles.

2.3. Comparaison de la formation de médecine générale en Iran et en France

2.3.1. Ressemblances

De manière générale, ces deux méthodes d'apprentissage de la Médecine se ressemblent, en ce qui concerne les **contenus** des cours en sciences fondamentales ou des cours spécifiques.de pathologies

La progression en étapes, ou en cycle, est d'autre point commun de ces deux méthodes pédagogiques. En général, les études commencent par les cours théoriques en sciences fondamentales, puis continuent par les cours spécifiques. Après trois années d'études les étudiants commence leurs stages hospitaliers, en parallèle des cours théoriques. L'acquisition des pratiques médicales se fait ensuite par les stages hospitaliers en semi-autonomie.

Les modalités des stages hospitaliers et des enseignements pratiques se ressemblent de manière globale, dans ces deux pays. La distinction dans les détails est naturelle, et revient aux particularités des pratiques médicales de ces deux milieux différents.

2.3.2. Différences

2.3.2.1. La durée d'étude

Ces deux méthodes sont différentes dans leur **durée** : six à sept ans en Iran comparée à neuf ans en France pour former à l'exercice de la Médecine générale.

2.3.2.2. La spécialisation

La différence de durée des études médicales entre Iran et France revient surtout au principe de la **spécialisation** de la Médecine générale en France. La différence se résume donc dans les trois années complémentaires des stages en spécialisation en France.

2.3.2.3. Les intervenants et les enseignants de médecine générale en Iran sont majoritairement, des médecins d'autres spécialités et/ou des chirurgiens, très

rarement, des médecins généralistes alors qu'en France, ce sont plutôt les généralistes enseignants qui participent à la formation des médecins généralistes.

2.3.2.4. Le modèle d'approche diagnostique est un autre aspect qui différencie ces deux méthodes. En Iran, les médecins utilisent une méthode diagnostique exhaustive avec un point de vue global qui regarde la totalité des pathologies existantes, contrairement à la méthode française qui est progressive et plus concentrée sur les pathologies les plus courantes et/ou les plus graves.

2.3.2.5. Les guides et les références : Le point fort de système français est surtout sa richesse de guides et de références, avec des explications bien définies, des fondements validés lors de leur construction et leur contenu assez détaillé pour servir au praticien dans son exercice quotidien. Malheureusement, ces documents français sont conçus et adaptés pour le système particulier de soins en France, et ils ne peuvent pas généraliser comme les références internationales d'origine anglo-saxonne.

3. DEUXIÈME PARTIE :

PRATIQUES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

3.1. Définition de la Spécialité de la médecine générale ou médecine de famille

Pour éclairer cette réflexion sur les pratiques de médecine générale, il semble souhaitable de débuter par un cadre reconnu sur le plan mondial par les organismes représentatifs de la discipline et regroupés dans le cadre de la **W**orld **O**rganization of **N**ational **C**olleges, **A**cademies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.(WONCA)
Ce cadre est résumé dans le travail de synthèse élaboré par les représentants européens de la spécialité de médecine générale/médecine de famille, lors du congrès de la WONCA en 2002.

« *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 engendrée 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 » [49].

Le « médecin de famille » est déjà une discipline connue dans les pays occidentaux, alors que c'est une notion récente dans la plupart des pays de Continent d' Asie.
En 1991 WONCA définit le médecin de famille « …*le praticien qui fonctionne comme* ***généraliste****, qui accepte soigner tout le monde, contrairement à médecin spécialiste (ou chirurgien) qui limite ses soins aux populations de certains ages ou sexes ou diagnostics* ». Selon cette définition, le médecin de famille soigne le patient dans le contexte familial, indépendamment de sa race, sa religion, sa culture ou sa classe sociale. ..

Dans la définition de WONCA EUROPE le médecin de famille est un **spécialiste**, avec des missions bien définies et ciblées, et une formation spécifique pour ses responsabilités.
La particularité des pratiques en Asie repose sur des standards médicaux et surtout, l'évolution de l'idée de médecin de famille, caractérisée et surtout très variée, dans les pays avec une très riche diversification de cultures. Cette individualisation rend difficile une définition unique du médecin de famille, comme celle d'Europe. La définition de médecine de famille en Asie n'est pas encore achevée. Parce que cette définition se prépare en deux parts distincts, le noyau commun et surtout le composant **optionnel**. Ce dernier doit adapter aux besoins de santé, surtout aux niveaux de perfectionnements de médecine de famille dans chaque pays d'Asie.

3.2. Pratique de la médecine générale en Iran

3.2.1. Historique :

Un rappel de l'historique de la pratique de la Médecine en Iran nécessaire pour comprendre sa situation actuelle.

Après la révolution iranienne de février 1979, commence une vague d'émigration de certaines populations, en particulier les spécialistes en médecine et en chirurgie.

A la réouverture des universités et des facultés, en 1982-1983, après 4 ans de fermeture (depuis la fin de l'année 1978), et la mise en place des réformes exigées par le nouvel Etat, l'organisation des Académies des études supérieures est totalement métamorphosée. Les réformes imposées par l'Etat induisent une série de contestations des professeurs, particulièrement ceux des facultés de Médecine, qui étaient des spécialistes, formés essentiellement aux Etats-Unis [36].

A la suite des grands conflits et des grèves non abouties, la majorité de ces spécialistes ont préféré abandonner leur exercice en Iran. Ils ont démissionné et sont partis aux Etats-unis en 1986-1987. Leur départ a suscité une pénurie de médecins en Iran, et le Ministère de la Santé a décidé d'augmenter le numerus clausus du concours national d'entrée dans les facultés de Médecine [24, 32,36].

3.2.2. Situation des médecins généralistes :

La majorité des médecins iraniens sont actuellement des généralistes : 80 000 sur 110 000, pour 72 millions d'habitants [14,16]. En Iran (et même à l'étranger), l'accès aux spécialisations est très difficile pour les étudiants en médecine Iranien, en raison du nombre très limité de postes d'assistant (ACC), non proportionnel au nombre des diplômés en Médecine générale, d'une part, et de la difficulté de partir à l'étranger faire des études de spécialisation à cause des obligations de travail pour l'Etat d'autre part. Ainsi, seulement un quart des participants au concours national de spécialisation d'Iran le réussissent.

Le diplôme de Médecine générale n'est pas reconnu comme une spécialité en Iran. Par conséquent, le métier de médecin généraliste n'a pas encore trouvé sa propre valeur. De manière générale, et aux yeux du public, et surtout pour les patients, un médecin généraliste est un médecin qui n'est pas assez qualifié (pour qu'ils puissent lui confier leur vie et /ou leur santé)! Tout le monde regarde un généraliste comme un étudiant de dernière année (ex. l'étudiant en DCEM4 en France) qui n'est pas parvenu à achever ses études. C'est dire qu'en Iran, il faut être spécialiste pour être reconnu comme un « bon » médecin.

Ceci se rapporte peut-être à la langue persane qui considère le terme « généraliste » comme synonyme de « banalité » avec un sens plutôt négatif et même parfois un peu péjoratif, et contraire de « spécifique », « précieux », etc.

Les médecins du vingtième siècle d'Iran, surtout avant la révolution du 1979, avaient tous la possibilité de poursuivre leurs études en spécialisation soit en Iran soit à l'étranger. A cette époque, le métier de médecin généraliste était plutôt une étape intermédiaire. Le médecin qui préférait alors rester médecin généraliste devait avoir une raison particulière, comme des difficultés financières ou un manque d'ambition.
Au travail à plein temps, seul à son cabinet, le médecin généraliste restait obligatoirement à l'écart des formations continues. Ainsi ses connaissances médicales devenaient de plus en plus anciennes et éloignées des médecines modernes.

3.2.3. Mode d'exercice en Médecine générale en Iran

3.2.3.1. Modèle actuel de recours aux soins :

Le système actuel de recours aux soins est un modèle centré sur la maladie plutôt que sur le patient (« *Disease centered rather than Patient centered* »). Le motif principal des recours aux soins est essentiellement une « *maladie »*.

Depuis les dix dernières années, il y a eu des progrès importants en Médecine préventive et en Santé publique en Iran, avec une nette diminution du taux de mortalité des nourrissons et de l'incidence des maladies transmissibles. Les causes principales de décès en Iran sont actuellement la pathologie cardiovasculaire et les conséquences des accidents de la voie publique [19,21].

Ceci est à mettre en perspective avec le projet des « maisons de santé » rurales, mis en place par le gouvernement, depuis 1989 et qui s'oriente vers une prise en charge plus préventive et éducative des populations. C'est une des mesures de l'arrêté ministériel de 1989, cité ci-dessus (qui instituait le permis de travail et obligeait les jeunes MG à travailler dans les zones déficitaires). L'objectif de ces mesures est de favoriser l'accès aux soins primaires au milieu rural [3, 9,10,14,24],.

3.2.3.2. Centralisation du système de Santé en Iran

En Iran, le système de santé est très centralisé, les centres spécialisés et sur-spécialisés se trouvent essentiellement à la capitale :Téhéran, et dans quelques grandes villes. Les spécialistes en médecine ou les chirurgiens préfèrent travailler dans les grands hôpitaux spécialisés mieux équipés, dans la capitale ou dans les grandes villes d'Iran, parce que, les hôpitaux des petites villes d'Iran sont très démunis en équipement et matériels, de sorte que même les grandes équipes de spécialistes n'y pourraient pas exercer de façon satisfaisante.

Cette centralisation, amène les patients de près et de loin vers la capitale. Les hôpitaux et les cabinets des spécialistes de Téhéran sont surchargés. Les spécialistes sont débordés de travail, surtout à cause de l'absence de connaissance des patients de la répartition des compétences dans le système de Santé iranien. L'absence de confiance en son médecin généraliste est une raison primordiale pour les patients de se référer directement aux spécialistes [47].

3.2.3.3. Les difficultés des jeunes médecins généralistes en Iran

Malgré l'objectif de formation des généralistes pour une activité ambulatoire en soins primaires, rien n'est prévu pour intégrer les formations nécessaires dans leurs études (par exemple un stage pratique chez les praticiens). C'est un défaut majeur de l'enseignement en médecine générale en Iran.

La presque totalité des consultations effectuées par les internes de médecine générale aux CHU sont des consultations spécialisées. Au cours de leur formation, ils n'ont pas la possibilité de voir les patients en premier recours sauf aux SAU.

C'est loin d'être la situation professionnelle réelle du MG, qui est de recevoir seul les patients en consultation au cabinet de médecine générale. La différence entre les consultations au cabinet et celles aux CHU est énorme.

Après avoir travaillé dans des bureaux de consultation spécialisée très bien équipés, et avoir été entouré par une équipe soignante expérimentée, en ayant un accès à toute sorte de bilans complémentaires ou avis spécialisés, les nouveaux MG se trouvent très isolés dans leur cabinet. Ils se sentent surtout inexpérimentés face aux patients en premier recours [11]. Ils ressentent presque la même impression que les internes de MG pendant leurs premiers jours du stage chez les praticiens, en France.

C'est la raison pour laquelle, les débuts de la pratique professionnelle pour les jeunes médecins généralistes iraniens sont une période très difficile. Il leur faut un temps d'adaptation et surtout avoir une confiance en soi assez importante, pour surmonter cette période difficile.

3.2.3.4. Le permis de travail

En Iran, il n'est pas possible d'exercer ou faire de remplacements en médecine générale au cours de l'internat, avant d'être diplômé en médecine.

Toutes les activités professionnelles médicales sont autorisées seulement après l'obtention d'un « Permis de travail en médecine générale » en plus du diplôme de médecine générale.
Pour une activité libérale, il faut en plus un autre Permis spécial : « Permis de Cabinet ».

Depuis l'année 1989, et par un arrêté du ministère de la santé, un travail à plein temps en secteur public est exigé au début de l'activité professionnelle du médecin généraliste. C'est une obligation de travailler pour l'Etat, à temps plein pendant les premières années de sa carrière médicale. Les généralistes qui ont réussi leur concours de spécialité, sont dispensés provisoirement de leurs obligations de travail jusqu'à la fin de leurs études de spécialisation, Mais ils effectuent cette obligation pour l'Etat, en tant que spécialiste en médecine ou chirurgie.
Le ministère de la Santé signe un contrat avec les jeunes diplômés en MG. C'est plutôt un contrat de travail unilatéral, imposé par le ministère de la Santé à tous les nouveaux médecins généralistes. Il s'agit d'un travail à temps plein, obligatoire, très mal rémunéré, avec une durée minimale de 5 ans dans les zones déficitaires en médecins. Le lieu géographique de travail peut être un milieu urbain ou rural, et est choisi par le médecin.

Ce travail obligatoire comporte deux parties :
La première partie est le travail obligatoirement en secteur public d'une durée minimum de 3 ans (sur 5 ans),
La deuxième partie est le travail optionnel en secteur privé ou public (mieux rémunéré) d'un durée de 2 ans (sur 5 ans).
La durée de ce contrat dépend du niveau de déficit médical de la localité de travail selon une carte nationale, définissant 5 niveaux déficitaires.

De temps en temps, le ministère de la Santé publie de nouveaux décrets, compléments de l'arrêté de départ (pour cette obligation de travail), selon le nombre des médecins de chaque zone déficitaire en médecins [24,30,32].

Il faut mentionner qu'avant d'effectuer cette obligation de travail, les médecins généralistes ne sont pas autorisés à sortir du pays, et aucun passeport n'est délivré aux médecins sans le certificat (délivré par l'Etat) de la fin de ce travail obligatoire.

Les MG ont donc intérêt à choisir les zones les plus déficitaires, afin de terminer cette obligation de travail le plus tôt possible.

3.2.4. Champs d'activités du médecin généraliste

Le public qui fréquente un cabinet du généraliste se compose normalement des habitants du quartier, et seulement en cas de maladie. Les vaccinations et les autres mesures préventives (par exemple les prescriptions de pilule contraceptive) sont prises en charges par les centres médico-sociaux qui sont les services ambulatoires en soins primaires publics du Ministère de la Santé.

La majorité des consultations au cabinet de médecine générale sont des maladies aigues et banales comme les rhinopharyngites, les GEA, les certificats de santé, les prescriptions d'arrêts de maladie, beaucoup de consultations de pédiatrie (sauf pour les vaccinations), de psychiatrie, de rhumatologie, et parfois des consultations gynécologiques.

Il y a très peu de suivi des maladies chroniques en cabinet de généraliste comme le suivi du diabète, de l'HTA ou de l'asthme. Ce sont les médecins spécialistes qui suivent ces patients. Cela est d'abord lié à une limitation de la prescription médicamenteuse en Médecine générale, mise en place par le ministère de la Santé, qui a comme conséquence le refus du Tiers payant et du remboursement des frais de ces médicaments par la Sécurité sociale, s'ils sont prescrits par un généraliste, même en renouvellement. De plus, il y a beaucoup de patients qui se rendent directement chez le médecin spécialiste, surtout en cas des maladies chroniques.

La prescription de certains médicaments sort de la compétence d'un généraliste en Iran, d'après le ministère de la Santé. Ce sont les médicaments de prescription spécialisée, y compris les antihypertenseurs, l'insuline, l'héparine, etc. C'est pour

cette raison que les suivis des maladies chroniques font presque obligatoirement, aux cabinets des médecins spécialistes.

Pourtant, il existe une sorte de spécialisation de certains généralistes, par exemple, il y a des médecins généralistes qui font beaucoup de consultations de nutrition et diététique (très développée actuellement), dermatologique ou esthétique, beaucoup de consultations en gynécologie par les femmes médecins, en rhumatologie, neurologie, psychiatrie, etc. Les généralistes sont intéressés parfois par d'autres types de médecine comme l'homéopathie, l'acuponcture, l'hypnose, et à la médecine traditionnelle.

Sur la plaque du praticien, il peut préciser ses trois principales spécialités, la médecine interne est le choix de la majorité des généralistes, ensuite, on voit souvent : pédiatrie, gynécologie, psychiatrie, neurologie, dermatologie, rhumatologie, … mais sans mentionner la notion de « Spécialiste », comme suite :

« Dr X.
Consultations en
Médecine interne, pédiatrie et dermatologie »

On voit très rarement, le terme de « Médecine générale » sur la plaque du cabinet d'un généraliste. Peut-être cela va-t-il évoluer prochainement, dans le sens de valorisation de la médecine générale en Iran.

3.2.5. Gérer un cabinet de médecine générale en Iran

Le métier de médecine générale en Iran est plutôt un métier libéral mais il existe aussi des généralistes salariés des différents organismes publics ou privés .Cela ressemble beaucoup à la situation actuelle des généralistes en France.

La différence des deux systèmes d'offre de soins primaire, iranien et français, est essentiellement, du point de vue du public, l'opinion vis-à-vis des généralistes. Le

public iranien n'est pas encore assuré de la bonne qualité des soins primaires fournis par les généralistes. La notion d'un vrai médecin de famille apparaît très rarement. Il existe beaucoup de retard de diagnostic et ainsi de retard de traitement et surtout des prises en charge non adaptées et inutiles chez les patients qui se dirigent directement vers les spécialistes sans passer par leur médecin généraliste.

La situation des médecins généralistes dépend beaucoup de leur lieu d'activité, notamment de la taille de la ville où ils exercent.

En raison de la centralisation de tous les services publics et privés en Iran, y compris les soins médicaux, il y a une quantité importante des médecins libéraux, aussi bien en Médecine générale que dans les différentes spécialités dans les grandes villes. Les habitants des grandes villes, surtout les gens plus aisés, se rendent rarement aux consultations d'un médecin généraliste. Par contre, ils consultent parfois plusieurs spécialistes pour « un seul» problème de santé.

Pour être reconnu bon médecin généraliste, il faut s'installer dans un quartier chic et réputé dans les grandes villes, ou bien dans la capitale : Téhéran.

Contrairement aux grandes villes, dans les petite villes d'Iran, il y a peu de médecins libéraux, encore moins de spécialistes. La majorité des centres des soins primaires de ces petites villes sont les hôpitaux ou polycliniques publiques, qui ne sont pas très réputés dans la prise en charge des patients. Les habitants de ces petites villes préfèrent donc se rendre aux consultations des médecins généralistes qu'aux consultations des centres médicaux publics. En plus, l'accès aux cabinets privés est beaucoup plus facile, avec un nombre limité de patients et un accueil chaleureux du MG. Les femmes médecins ont beaucoup de succès dans les petites villes, parce que beaucoup de femmes de province préfèrent confier leurs soucis de santé à une femme médecin.

C'est pour cela que les généralistes préfèrent au point de vue financier travailler dans les petites villes. Ceux qui sont originaires des grandes villes, souffrent beaucoup de travailler loin de chez eux et de leurs proches et surtout loin des nombreux services des grandes villes. Ils cherchent donc à réussir à tout prix, le concours national pour

une spécialisation, peu importe laquelle, pour pouvoir s'installer dans les grandes villes.

La gestion financière des cabinets médicaux ressemble beaucoup à ce qui se passe en France, mais en Iran, il y a moins de comptabilité et surtout moins de « bureaucratie ».
Il n'existe pas encore en Iran de dispositif équivalent de la carte vitale, et donc l'informatisation des cabinets médicaux des MG ne semble pas une nécessité. Le système des prises en charge de la Sécurité sociale, est très limité et il y a très peu de généralistes conventionnés. Le paiement des consultations se fait essentiellement en espèces, et directement au médecin, sans pratiquement de notion de remboursement des soins en Médecine générale par la Sécurité sociale.
De plus, les tarifs imposés par le ministère de la Santé pour les consultations des généralistes sont très sous-estimés. Par conséquent, les honoraires réels des consultations sont deux ou trois fois plus élevés que le tarif ministériel.

3.2.6. « Médecin de la famille » : l'avenir de la médecine générale en Iran

3.2.6.1. Généralité :

Le système de santé en soins primaires est en train d'évoluer vers un nouveau modèle national avec la notion de « médecin de famille », le même concept que celui de « médecin traitant » en France.
C'est un grand projet du ministère de la Santé, au niveau national. Il faut sensibiliser et éduquer le public, d'une part, et former et préparer les médecins généralistes d'autre part, ce qui n'est pas facile à faire.
Ce projet pilote demande de l'argent, de la publicité, sollicite aussi la participation du bureau de Santé publique au Ministère de la Santé et nécessite un développement à long terme.

La réussite de ce projet dépend la coopération active de tous les professionnels de santé, surtout de tous les médecins : généralistes d'une part, spécialistes en médecine et les chirurgiens, d'autre part.
Il faut souligner le rôle primordial du Ministère de la Santé, surtout pour la mise en place d'une bonne relation avec les généralistes, et en mettant à leur disposition toutes les mesures possibles : les matériels nécessaires et/ ou les ressources humaines (équipements, conseiller,) et en prenant le temps de les écouter.
Cela se fait pour faciliter la mise en œuvre de ce projet essentiel et précieux du « Médecin de Famille » dans le but de « la santé pour tous » [3,13,21].

3.2.6.2. Le « programme de médecin de famille », en Iran

3.2.6.2.1. Objectifs :

La situation actuelle de recours aux soins très problématique en Iran, est le motif principal de mise en place du projet de Médecine de famille. C'est un projet gouvernemental qui demande essentiellement la collaboration de l'Etat : le Ministère de Santé et de la Sécurité sociale (lié au Ministère du Travail), d'une part, et des professionnels de santé, essentiellement, les MG et les spécialistes, d'autre part.

L'objectif principal de ce projet est le même que celui du dispositif « Médecin traitant » en France, essentiellement :

- faciliter l'accès aux soins primaires surtout en zones déficitaires et au milieu rural et lutter contre la centralisation excessive de l'offre de soins
- mise en place d'un système hiérarchisé d'« accès du patient aux soins spécialisés »

Ce projet ambitionne une meilleure prise en charge spécialisée et la diminution de la charge des consultations spécialisées inutiles pour éviter des dépenses de santé non justifiées [3,10,13].

3.2.6.2.2. Nouvelle spécialité : les orientations

La mise en œuvre d'une offre de soins primaires, par un nouveau spécialiste en médecine : «médecin de famille », demande un protocole bien défini, aussi bien pour les formations que pour les fonctionnements.

Cela commence par une acquisition des attitudes de bonnes pratiques par le médecin généraliste, et la poursuite d'une formation en Master de santé publique (MPH), offerte par l'Etat. Le médecin généraliste suit les cours spécifiques de Master de Santé publique, par correspondance, au cours de ses fonctions. C'est l'équipe enseignante de Santé publique des facultés de Médecine, qui organise cette formation. Elle définit le programme détaillé du Master (sur deux ans, M1 et M2), et le propose aux médecins généralistes acteurs de soins primaires ruraux. Ces cours sont diffusés par Internet, sur le site officiel de la Formation médicale continue (FMC) d'Iran [20,23,26,38]. Des évaluations régulières permettront la validation chaque étape.

Ainsi, les médecins ont la possibilité d'appliquer les connaissances acquises dans leurs pratiques quotidiennes. Ils peuvent échanger régulièrement avec leurs enseignants et leurs collègues sur les problèmes pratiques et techniques rencontrés. C'est une application du cours théorique, en temps réel, qui est très formatrice, parce qu'elle porte sur des situations réelles et vécues.

3.2.6.2.3. L'expérimentation du projet pilote de « médecin de famille »

Un projet pilote de « médecin de famille » a été débuté dans six grandes régions (17 départements, 20 à 50 000 habitants) d'Iran, y compris quelques régions déficitaires, depuis octobre 2010, avec la participation des facultés de Médecine au niveau national, notamment, les trois facultés de Médecine de Téhéran : les facultés de «*TEHRAN »*, « *SHAHID BEHESHTI* », et « *IRAN »* [14, 33]. Par ce projet, progressivement, toute la population du pays (72 millions) sera bénéficiaire du dispositif « médecin de famille » vers la fin de l'année 2014. D'abord la population rurale de 22,8 millions d'Iraniens rejoindra ce projet, qui sera ensuite élargi vers les petites villes de moins de 100 000 habitants, pour une couverture progressive totale de pays dans les cinq prochaines années [10,14].

Dans le cadre de ce projet, le ministère de santé, recrute des médecins généralistes (MG) pour exercer dans les « maisons de santé » au milieu rural. L'activité de ce MG ressemble beaucoup à celle des médecins traitants de France.
Le rôle de ce généraliste est un rôle-clé. Il est en première ligne de soins primaires, et gère beaucoup de problèmes de santé publique, par exemple en milieux défavorisés.
En particulier, il joue un rôle essentiel d'éducation (des patients), et surtout de médecine préventive. Il participe aussi à la mise en oeuvre d'un système approprié d'offre de soins primaires, centré sur le patient (et non sur la maladie). Il procède également à la mise en place d'orientations adaptées des patients vers les soins spécialisés, si nécessaire. Il veille aussi à avoir des pratiques thérapeutiques adéquates, en références aux données de l'EBM [21,34,37],.

La fonctionnalité de ces maisons de santé ressemble beaucoup à celle des centres médicaux pluridisciplinaires en France, surtout dans la perspective de permettre une facilité d'accès aux soins primaires.

Chaque maison de santé a un médecin, qui est le responsable du centre, une sage-femme ou une infirmière, et un aide-soignant. Les soins des patients, ainsi que le salaire du médecin et l'équipe soignante, sont pris en charge par le ministère de la Santé et la Sécurité sociale, grâce un budget spécial consacré au projet « médecin de famille ».
Après une expérience de 2 à 3 ans, le MG du centre pourra accéder, sans concours préalable, à une formation continue gratuite. C'est une formation par correspondance (via l'Internet) à une durée de trois ans (36 mois), pour obtenir un diplôme de Master en Santé publique et pour être titulaire de Médecine de famille. Ainsi le MG pourrait continuer à travailler en maison de santé tout au long de sa formation. Une fois titulaire du diplôme de Médecin de famille, il continue ses activités professionnelles à un niveau supérieur dans les centres médicaux des petites villes et éventuellement participe à la formation des médecins de famille en tant qu'enseignant [4,13,14].

Les détails de programme d'enseignement ne sont pas encore bien définis, mais les points essentiels des cours sont plutôt la santé publique, la médecine préventive et la

médecine interne. Cela fait pour mettre l'accent sur le rôle de médecin généraliste dans l'éducation des patients et une orientation adaptée vers les soins spécialisés. Dans ce but, le rôle des médecins généralistes enseignants semble indispensable.

Ce programme de 3 ans d'enseignement comprend : 12 mois pour obtenir le Master de santé publique, 8 mois d'expérience professionnelle générale et 16 mois de stage de spécialisation.

La réussite de ce projet essentiel demande une coopération de l'ensemble des organismes concernés : la participation active de la Sécurité sociale et du Ministère de la Santé en matière financière, des facultés de médecine pour leur rôle en formation par correspondance, ldes médecins généralistes et des spécialistes dans une collaboration fructueuse, et bien sûr la participation des médias pour sensibiliser le public à l'intérêt de ce dispositif [4, 21, 24,37].

Tous les programmes actuels et les projets du ministère de la Santé semblent être dans le sens de la valorisation la médecine générale, et de la présenter comme la clé du système de santé et de l'offre de soins primaires du pays, en proposant une progression professionnelle des médecins généralistes par le biais d'une formation continue facilement accessible.

3.2.6.2.4. Les principaux axes prédéfinis de programme de médecin de famille:

En Iran, le programme de médecin de famille, est un moyen privilégié de favoriser l'exercice des soins primaires en milieu rural,

La mise en œuvre de ce programme sollicite un type spécifique de couverture d'assurance maladie : « assurance maladie rurale ».

Le programme de « médecine de famille » décrit une équipe soignante rurale, qui comprend, un médecin de famille , une sage femme, une aide soignante, un technicien de laboratoire d'analyses médicales et/ou un assistant technique en pharmacie. Ils sont fonctionnaires salariés du service public. Cette équipe travaille dans la « maison de santé rurale » (équivalent de maison de santé pluridisciplinaire,

en France). Chaque maison de santé rurale couvre une population de 2000 à 4000 personnes (500 à 1000 familles).

Les offres de soins proposées par ce programme, sont les soins préventifs, l'orientation spécialisée adéquate maîtrisée et le suivi continu, en plus des soins (intervention) thérapeutiques.

L'orientation spécialisée appropriée à chaque situation, est une des tâches les plus importantes du médecin de famille et demande une bonne coordination des soins, et l'éducation des patients.

«*Pour ce programme 5 492 médecins sont embauchés dont 3 042 travaillaient auparavant en secteur privé. 4 546 sages-femmes sont recrutées, dont 4 136 appartenaient au secteur privé…..*
….Ceci permet un meilleur taux de couverture de la population rurale passant de 1 médecin pour 9 000 habitants à 1 médecin pour 4 500 habitants »[10].

L'étape suivante est d'élargir ce projet vers les petites villes de moins de 100 000 habitants.

Les objectifs à long terme sont essentiellement, de corriger le système actuel de l'offre de soins primaires, d'élargir le domaine de couverture des soins, et de mettre en place un système de médecine préventive. Ensuite le mode d'orientation spécialisée devra être revue, ainsi que le mode thérapeutique dans le but final de l'amélioration de la santé publique, en proposant une égalité d'accès aux soins, et offrant une meilleure qualité des soins [10,14,21,37].

En resumé, les soins primaires non spécialisés en Iran sont limités aujourd'hui, aux problèmes aigus des patients, et quelques situations urgentes. La prévention et l'éducation des patients par généralistes sont très restreintes. Le généraliste se concentre plus sur la maladie (aiguë), que « le malade » en sa globalité. Ce qui est probablement le fait d'un manque d'un « suivi continu » et organisé.
L'orientation des soins spécialisés est loin d'être adaptée et ciblée. La coordination

des soins est presque inexistante en médecine générale.

Malheureusement la démographie des médecins y compris les généralistes en Iran est très mal équilibrée, avec un déficit très remarquable des zones rurales en profit des grandes villes aux populations rurales. En Iran, la population des zones rurales particulièrement, dans des zones déficitaires, est très vulnérable au niveau de la santé, avec beaucoup d'enfants en bas âge, et une situation de vie défavorisée.

Actuellement l'évolution en Iran, est vers une spécialisation de médecine générale surtout en matière de santé publique, prévention et éducation des patients. Ce sont les responsabilités des « médecins de famille », actuellement fonctionnant dans des maisons de santé rurale, de certains départements déficitaires.

Le but serait une spécialisation de métier de généraliste, avec une formation ciblée sur la prévention, l'éducation thérapeutique, l'orientation des soins spécialisés et le suivi (continu) des patients dans un perspective de santé publique pour tous. L'objectif principal est de parvenir à des pratiques de médecine générale centrées sur le patient en sa globalité !

3.3. PRATIQUES DE MEDECINE GENERALE EN FRANCE

3.3.1. Historique :

Depuis 1950, la formation de médecine générale se caractérisait à partir de troisième cycle, par l'absence de concours et par un cursus plus court que la médecine de spécialité.

Depuis la reforme de 1984, deux sortes d'internats sont définis : internat de spécialité et internat de médecine générale. En réalité ce dernier s'appelait « résidanat » et non internat. La formation spécifique de médecine générale se déroulait en deux ans de stages hospitaliers dans les services des hôpitaux généraux, avec la possibilité d'un semestre du stage au CHU. Cette filière était accessible à ceux qui ne voulaient pas participer au concours d'internat de spécialité, ou ceux qui y avaient échoué.

Depuis 2004, la médecine générale est reconnue officiellement une spécialité en France. Par arrêté du 22 septembre 2004 [18], le DES de médecine générale est définit comme une formation de 3 ans, accessible désormais par le concours national de l' «ECN » (anciennement appelé « Internat » de spécialité). Nous avons précisé les détails de cette formation au chapitre précédant « formation de médecine générale en France »

3.3.2. Modes d'exercice du médecin généraliste en France

En France, la plupart des médecins généralistes ont une activité libérale, et travaillent habituellement à leurs cabinets. Une minorité des médecins généralistes sont salariés, par exemple de régimes spéciaux d'assurance maladies comme le régime des travailleurs des Mines. Ces médecins travaillent essentiellement dans des centres de Santé, financés par ces organismes.

Il existe aussi des généralistes qui choisissent l'activité salariée aux divers services de médecine dans les hôpitaux publics ou privés, ou une autre structure comme les EHPADs, les centres de PMI ou centre de plannification familiale, ou services de médecine scolaire, par exemples.

Une activité possible des médecins généralistes actuels est d'être enseignants en facultés de Médecine . La réforme de septembre 2004 a permis l'instauration d'une filière universitaire de Médecine générale, comprenant des Assistants Chefs de cliniques, des Maiîtres de Conférences et des Professeurs d'Université titulaires de Médecine générale, complétant l'implication dans l'enseignement des enseignants associés et de nombreux maîtres de stage qui interviennent depuis plus de 20 ans dans le but original, de formation des généralistes par les « généralistes ».

La formation à la recherche en soins primaitres, ou le choix de faire unesurspécialisation, en continuant les études vers un DESC (par exemple en médecine d'urgence) sont aussi des nouvelles possibilités de l'activité professionnelle des généralistes français.

Dans le cadre de cette thèse, nous nous contenterons seulement, d'aborder les activités des généralistes libéraux à leurs cabinets, ou plutôt, des activités des « médecins traitants »français.

Nous abordons par la suite, différents aspects des pratiques en médecine générale en France, par le biais d'une synthèse de déroulement des consultations au cabinet du médecin généraliste.

3.3.3. Champs d'activités du médecin généraliste en France

Le champ d'activité des généralistes français est très vaste, et avec l'activité actuelle des généralistes comme « médecin traitant » de leurs patients, s'est élargi encore plus. Le généraliste français effectue une « prise en charge globale » du patient, dans son environnement habituel.

Pratiquement, il est le premier médecin vu par le patient, et c'est lui qui gère la suite de ses soins, selon ses compétences, la gravité des symptômes et/ou les indications. Les pratiques médicales en France sont centrées sur le patient : toutes les décisions concernant des éventuelles interventions ou les suivis, s'effectuent en négociant avec le patient, et pour « la santé » du patient.

Le généraliste suit ses patients pour tous ses problèmes de santé, aussi bien pour les maladies chroniques que pour les pathologies aigues. Il recourt aux compétences de ses collègues spécialistes, chaque fois qu'il y a une indication, ou pour certains points du suivi régulier de ses patients. Mais c'est lui qui décide pour les projets d'intervention ou les suivis, en négociant avec ses patients [31].
Il reçoit quasiment tous les courriers médicaux concernant ses patients, y compris les résultats des bilans complémentaires, les comptes-rendus des hospitalisations, des interventions effectués ou d'autres soins, même si ces examens ou hospitalisation sont demandés par les autres spécialistes. Il a un rôle de synthèse de ces informations et d'explication de leurs résultats au patient.
Pour la première prescription de certains médicaments spécialisés il existe une limitation de prescription, en France, mais le médecin généraliste est habilité à en faire les renouvellements et cette restriction ne concerne que très peu de médicaments [25].

3.3.4. Gérer un cabinet de médecine générale en France

3.3.4.1. Activité libérale, ses avantages et ses inconvénients

Le médecin généraliste en France, reçoit ses patients à son cabinet, sans ou avec rendez-vous. Théoriquement, il est libre de choisir ses horaires du travail. Mais en raison du nombre limité des généralistes et nombreuses demandes des consultations (surtout les soirs, le samedi), la plupart des généralistes travaillent presque tous les jours ouvrables, samedis inclus, l'installation en cabinet de groupe permettant de répartir la charge de cette disponibilité.

La notion de médecin traitant, est un nouveau titre des généralistes, le reflet de la confiance de leurs patients, ainsi que leur rôle important dans le système de prise en charge des patients en soins primaires.
Pourtant, sous ce prétexte, les généralistes sont sollicités parfois, en dehors des horaires de leurs cabinets. Il était habituel qu'ils soient disponibles à tout moment pour leurs patients, aussi bien en cabinet que pour les visites à domicile, parfois même de manière abusive [17]. Cette tendance est en régression actuellement par un changement des mentalités des patients et des médecins généralistes.
La gestion du cabinet médical fait partie aussi de leurs responsabilités quotidiennes. Elle comprend des tâches qui sortent souvent de leurs compétences médicales, comme la comptabilité, le travail de secrétariat, la gestion de personnel, l'organisation des approvisionnements en matériel et fournitures. Le poids du travail de rédaction à visée administraitive ou médico-légale n'est pas négligeable.

Le temps de consultation se prolonge quand le médecin généraliste veut bien réaliser l'information et l'éducation des patients, ou pour réorienter les demandes inappropriées des patients pour des prescriptions médicamenteuses non indiquées, ou des examen complémentaires non justifiés.

Le diplôme de médecine générale est reconnu comme une spécialité, depuis 2004, pourtant, les généralistes continuent d'être honorés comme avant cette reconnaissance. Leurs consultations ne sont pas comptabilisées comme une CS (consultations spécialisées), par la Sécurité sociale, alors que leurs responsabilités ont augmentées.
Le DESC de Médecine générale est donc très demandé, pour obtenir un poste hospitalier (salarié).

Les difficultés de l'activité libérale, font reculer, les jeunes diplômés vers une activité salariée hospitalière, surtout les femmes médecins. Ils choisissent la « tranquilité » de l'activité salariée pour protéger mieux leur temps et gérer mieux leurs vies quotidiennes et familiales.

Pour cette raison, il devient plus en plus difficile pour les généralistes français, de trouver un remplaçant pour les périodes de vacances ou un successeur pour confier leurs patients en cas de retraite [17]….

Mais cela n'empêche pas de regarder le métier de généraliste sous un autre angle.

La médecine générale, est un métier attractif en soi. C'est faire la médecine « pure », dans ses origines. La médecine qui dépend très rarement d'équipements sophistiquées, qui incite à la curiosité, nécessite une anticipation, la réflexion pour une bonne décision, une compétence professionnelle assez importante, une responsabilité, surtout une humanité, sans être préoccupé par les contraintes du service ou le manque des matériels imposés par une organisation hospitalière.
C'est le médecin généraliste qui voit ses patients régulièrement et les connaît dans leur milieu de vie. Il peut prendre le temps de réfléchir, et discuter avec eux des projets d'intervention thérapeutique ou autre, et les différents sondages montrent qu'il leur confiance.

Les médecins traitants ont une liberté de faire le choix des suivis ou des projets d'intervention éventuelle de leurs malades, dans le cadre de leur prise en charge. Ils ont la possibilité d'être considéré comme la personne de confiance de la part de leurs patients, d'être leur interlocuteur principal et leur accompagnateur tout au long de leur vie de « patient ».

Beaucoup de généralistes suivent leurs patients pendant de longues années, parfois depuis leur enfance. Ils connaissent les différentes façades des vies de leurs malades.

Tous cela permet aux médecins traitants d'avoir une vue globale de la situation clinique de leurs patients. C'est la clé d'un bon diagnostic, et d'être le « Médecin » qui procède à la première hypothèse diagnostique…., et faire de la « médecine ».

3.3.4.2 - Cadre d'exercice

Actuellement en France, il existe 4 MG libéraux/ 5 000 habitants (Source : Atlas de la démographie médicale en France Conseil National de l'Ordre des Médecins)

Mais ces données démographiques seront prochainement modifiées. En effet « *Les médecins en exercice vieillissent et leur renouvellement est loin de s'opérer* », les jeunes médecins sont plus intéressé par le salariat, ou le métier de remplaçant. Ils hésitent beaucoup devant l'installation en médecine libérale. Pour ceux qui choisissent un exercice ambulatoire, il y a une tendance vers l'exercice en cabinet de groupe ou en maisons de santé pluridisciplinaire, dans un cadre qui reste libéral.

En résumé, l'exercice du généraliste en France se caractérise par une orientation vers la globalité du patient et la synthèse de toutes les informations qui concerne sa santé. Ses orientations essentielles sont le premier recours pour une bonne orientation dans le système de santé et le suivi des pathologies chroniques.

3.4. Comparaison des deux méthodes iranienne et française de pratiques médicales

Nous allons aborder les différents aspects de la pratique en Médecine générale en France, et en Iran, par le biais d'une synthèse du déroulement des consultations au cabinet de médecin généraliste.

3.4.1. Consultation au cabinet du médecin généraliste

3.4.1.1. Accueil :

La consultation médicale au cabinet, est un acte médical, qui commence par l'accueil du patient. Les patients viennent en consultation à cause de leur problème de santé : somatique ou psychique. Le but de la consultation est donc de partir de cette plainte pour aboutir à un diagnostic et effectuer la démarche thérapeutique adaptée. Le temps de recueil et de précision de la plainte est donc essentiel.

3.4.1.2. Examen clinique : Après l'accueil de patient, le généraliste commence son examen clinique par prendre l'anamnèse de plainte actuelle, sans oublier d'observer tous les gestes et les paroles du patient, pour y trouver d'autres symptômes en même temps. Il cherche aussi les éventuels antécédents personnels ou familiaux.
L'intérêt de notion de « médecin traitant » ou médecin de famille, est de connaître certains détails concernant de patient, y compris le contexte : le mode de vie, les antécédents, et le mode de fonctionnement psychologique .
Ensuite le médecin effectue un examen somatique général, avec une orientation particulière vers la plainte présentée.

3.4.1.3. Hypothèse diagnostique : En recueillant les plaintes du patient et réalisant son examen clinique, il commence à envisager des hypothèses, selon lesquelles il continue ses démarches pour les confirmer (ou les infirmer). Mais la tâche, la plus importante du généraliste est de distinguer un cas urgent des non urgents.

3.4.1.4. Projet d'intervention : suivant l'hypothèse diagnostique, le médecin commence à programmer son projet, à organiser des examens complémentaires ou demander un avis ou l'intervention d'autres spécialités. Pour ce projet le praticien français négocie avec son patient, alors que son homonyme iranien, décide habituellement seul.

Dans ce projet d'intervention, il ne faut pas oublier le rôle de « prévention » et d'éducation de patient. Beaucoup de projets passent seulement par des conseils hygiéno-diététiques, ou l'évaluation des vaccinations ou de compléter des éventuels bilans de dépistage.
En Iran le rôle préventif des généralistes est un peu ignoré, défaut du système de santé. Il n'est pas prévu non plus de suivi approprié des premiers soins. Cela est bien prévu dans le projet à venir, parmi les responsabilités importantes du « médecin de famille ».

3.4.1.5. Suivi : Un des moyens le plus utiles pour effectuer le bon diagnostic est d'évaluer le patient dans le temps, d'observer l'évolution de ses symptômes, ou l'effet ou la tolérance du traitement, recevoir aussi les résultats des bilans complémentaires. C'est rendu possible par des consultations successives.

3.4.1.6. Suivi continu et à long terme : C'est aussi le rôle de médecin généraliste, de veiller à un suivi adapté dans le temps, et le recours régulier, si besoin, aux soins spécialisés.
En Iran, le suivi en médecine générale n'est pas encore bien structuré, sauf exception. Mais, avec l'augmentation de nombre des généralistes, et surtout la disponibilité des généralistes pour leurs patients, une sorte de « médecin traitant » (officieusement) est en train se former, en pratique. Par conséquent, le suivi pourrait être ainsi effectué par ce médecin.

La méthode de l'examen clinique et de l'interrogatoire en médecine est semblable dans les deux pays que nous comparons. Une différence de pratiques en médecine entre l'Iran et la France repose par contre sur la méthode de raisonnement de l'approche diagnostique et parfois l'approche thérapeutique.

3.4.2. Les voies du diagnostic

La première étape de cet acte (consultation) , démarche diagnostique des médecins de soins primaires est de formuler des hypothèses diagnostiques. C'est d'ailleurs le plus important, parce que tous les projets d'intervention dépendent de ce diagnostic de départ. Les erreurs des soins ou de suivi sont souvent liées aux erreurs de ce diagnostic.

C'est un processus décisionnel, dont l'objectif est de connaître les démarches à suivre dans le projet d'intervention. Il existe différents modes de raisonnement pour faire une hypothèse diagnostique en médecine. Les méthodes les plus utilisées sont les suivantes [22].

3.4.2.1. La modélisation : Les médecins ont comme modèle, les symptômes ou signes décrits souvent dans leurs références, propre à chaque pathologie. Ces descriptions des maladies sont très classiques, et montrent chaque maladie dans son état d'installation. Au début, les diverses pathologies ressemblent beaucoup.

Pour arriver à un diagnostic, par cette méthode, les médecins comparent le tableau clinique de son patient, avec ces modèles connus.
Mais en soins primaires, quand on voit le patient tout au début de sa maladie, et aussi en cas des symptômes atypiques, cette méthode risque d'être inefficace.

3.4.2.2. La méthode algorithmique : Cette méthode, actuellement la plus utilisée par les médecins français, s'est développée sous forme d'arbre de décision. C'est une méthode d'évaluation de situation progressive, par étape. À chaque étape et par une question dont la réponse doit être oui ou non, on fait le choix de reste de démarche. Le principe est simple, et pour les cas non compliqués, cette méthode marche très bien. Seulement dans les situations compliquées il devient inutilisable, surtout quand il n'existe pas une réponse catégorique de oui ou non.
Le défaut de cette méthode est de survenir des erreurs graves en cas d'une mauvaise réponse (oui ou non) à une étape. Sinon, c'est une méthode simple à utiliser et bien structurée [22,31].

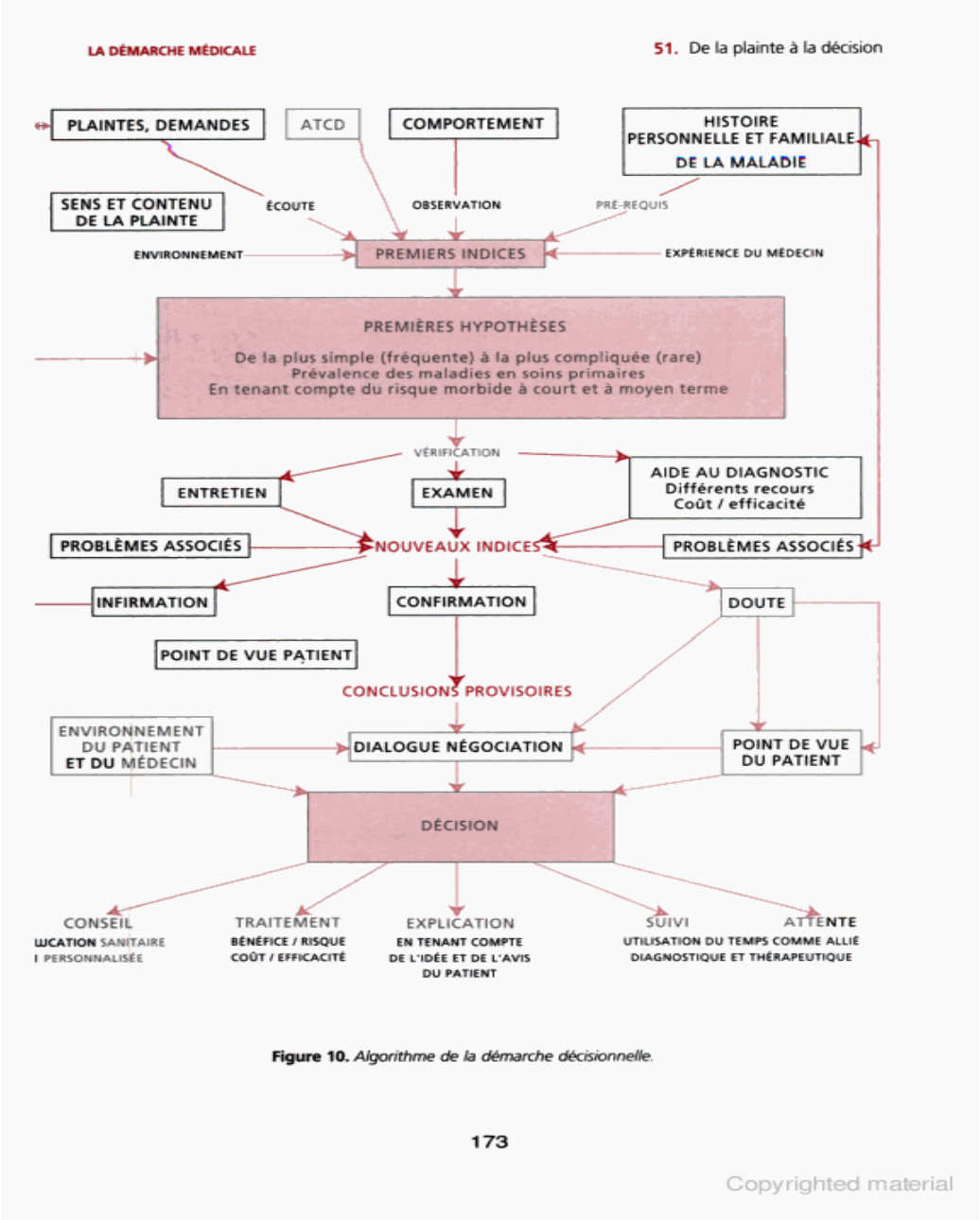


Figure 10. *Algorithme de la démarche décisionnelle.*

173

Copyrighted material

Figure 1. Algorithme de la démarche décisionnelle (tiré de Médecine générale, concept et pratique. CNGE, 1996 [31].

3.4.2.3. Méthode probabiliste : basée sur le théorème de Bayes, cette méthode attribue une probabilité à chaque hypothèse diagnostique. Cette probabilité évolue dans le temps par les résultats des examens complémentaires et/ou par l'évolution des symptômes [22].

Nous ne voulons pas développer cette méthode, dans cette thèse, mais dla nommer simplement comme une des modes de raisonnement pour poser un diagnostic.

3.4.2.4. Méthode utilisant les diagnostics différentiels : En **Iran**, la méthode la plus utilisée ressemble, dans certaines principes, à cette méthode probabiliste. C'est une approche diagnostique exhaustive, qui consiste à faire la liste des diagnostics différentiels (DD) sur la plainte principale du patient en première étape. Après l'entretien de l'interrogatoire et l'examen clinique complet, le médecin fait un « tableau clinique » du patient. Selon ce tableau clinique, il cherche ensuite l'hypothèse diagnostique par élimination des diagnostics les moins probables de sa liste de DD.

La base de recherche de l'hypothèse diagnostique (qui permet d'établir la liste des DD) par cette méthode, est l'ensemble des maladies ou symptômes (connus dans le monde). C'est une méthode exhaustive et universelle, à condition que la liste de DD soit la plus complète possible. Utiliser cette méthode sollicite une connaissance médicale complète et à jour, et un entraînement régulier.

La méthode actuelle d'apprentissage de médecine en Iran : apprentissage exhaustif, est bien adapté à ce type d'approche diagnostique.

3.4.2.5. Le nouveau concept d'Evidence-Based Medicine: EBM [2] ou médecine factuelle :

C'est le modèle standard, conseillé pour toutes les démarches diagnostiques ou thérapeutiques. Cette méthode est la base des recommandations, et fondée sur les preuves les meilleures disponibles, preuves fournies par des recherches cliniques systématiques et bien menées [28].

Il est important de connaître les niveaux de preuve fournis par les différents types d'études (récapitulés dans le tableauII.I, *cf.* annaxe II.) [22] :

3.4.3. Les guides de Pratique médicale en France :

3.4.3.1. Recours aux « Référentiels », aux « Recommandations pour la pratique »

En France, les médecins sont guidés dans leur pratique professionnelle par « les référentiels » et les « recommandations de bonnes pratiques », afin de prendre une décision diagnostique ou thérapeutique appropriée [12,31].

3.4.3.2. Les référentiels *« représentent des documents synthétiques intégrant les données actuelles de la science et aidant le praticien à adopter une stratégie diagnostique ou thérapeutique cohérente et validée dans une situation clinique donnée»[12].*

3.4.3.3. Les recommandations de bonne pratique «*sont des propositions développées méthodologiquement par la Haute Autorité de Santé (HAS) ou par l'Afssaps (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire des Produits de santé) pour aider le praticien dans ses décisions dans des circonstances cliniques données (équivalent des clinical guidelines). Ce sont des standards de pratiques issus de l'analyse explicite et d'une synthèse de l'état actuel des connaissances déterminant ce qui est approprié et surtout inapproprié dans une situation clinique donnée» »[12].*

Ces référentiels et recommandations sont largement utilisés comme bases de formation médicale continue et points de références des démarches d'évaluations des pratiques médicales. Ils font le lien entre démarche EBM et pratique médicale quotidienne.

3.4.4. Les guides de pratique médicale, en Iran :

En Iran, les médecins recourent souvent aux « Textbooks » de référence de chaque spécialité. Pour la pratique en MG, les textbooks de référence sont plutôt ceux de médecine interne, comme le Harrison's ou le Cecil's, par exemple, et les nouvelles études scientifiques publiées [24,30].

Le bureau de Santé publique du ministère de la Santé d'Iran (Iran Health Organisation) [13], l'équivalence de la HAS en France, publie de temps en temps des recommandations pratiques ou thérapeutiques, concernant certains problèmes de santé publique, comme les nouvelles précautions ou des règles d'hygiène pour éviter la propagation des maladies transmissibles, ou les nouveaux vaccins, par exemple. Ces recommandations sont tirées de celles de l'OMS et/ou des résultats des études médicales récentes.

Malheureusement, en Iran, il n'existe pas encore de documents synthétiques adaptés à l'exercice spécifique de la Médecine générale, ni de recommandations officielles complètes, comme en France. Les référentiels-métiers disponibles pour la pratique médicale de chaque spécialité, sauf la médecine générale, vont y apparaître prochainement.

Néanmoins, les MG iraniens espèrent une évolution vers la valorisation de la Médecine générale comme une spécialité, portée par le projet de réforme de prise en charge en soins primaires.
La mise en œuvre la nouvelle spécialité de « médecine de famille », dont l'objectif est la mise en place d'un système harmonieux et cohérent de pratique médicale, souligne la nécessité d'un ouvrage officiel de référentiel-métier, qui pourrait être la promotion de la Médecine générale iranienne actuelle.

3.4.5. Comparaison des deux modes iraniens et français d'approche diagnostique et thérapeutique à propos de quelques situations types vus en soins primaires au cabinet de médecine générale

Pour étayer cette comparaison nous avons choisi parmi les situations cliniques proposées dans le « Réferentiel-métier du médecin généraliste. CNGE. Édition 2009 [35] car elles nous semblaient illustrer de façon très appropriée le champ d'exercice de la médecine générale

3.4.5.1. « Situation 1 : Patient Asthénique, patient déjà connu, ressentant une fatigue anormale qui l'amène à consulter.
Situation complexe dont le substrat peut être organique, psychique ou mixte. Elle nécessite entre autre une aptitude du MG à gérer l'incertitude dans laquelle ses compétences diagnostiques et relationnelles conditionnent fortement la qualité de la prise en charge. »

L'asthénie est le motif le plus fréquent des consultations de cabinet généraliste.
C'est un bon exemple pour pouvoir expliquer l'approche diagnostique différente en Iran et en France.

La consultation commence par l'accueil du patient, en explorant la plainte et l'environnement de la plainte par l'écoute et l'observation du patient et orientant vers une organicité ou non. La différence de pratique du MG en France et en Iran repose sur la méthode d'approche diagnostique.

Le généraliste, **en Iran** oriente son approche diagnostique en réalisant une liste exhaustive des diagnostics différentiels (DD) de la plainte principale du patient, par exemple : Asthénie et fatigue dans la liste des DD classés par catégorie de maladies, conduit à la liste suivante :

Traumatisme par les éléments physiques: radiation, électromagnétiques : Hypoxie

…

Fibromyalgie : syndrome de fatigue chronique

Maladies infectieuses

Les abcès

Les infections virales

Tuberculose

Infections bactériennes

Infections virales

Infections mycotiques

La parasitose

….

Maladies néoplasiques

Cancer, tumeur maligne

Le syndrome néoplasique ….

Maladies métaboliques, trouble électrolytiques

Obésité

Diabète

Anomalies électrolytiques

Déshydratation

Anémie par carence martiale …..

Maladies phsychiatrique

Dépression

Anxiété, syndrome de panique …..

Les étiologie fonctionnelle et physiologiques

Vie sédentaire

Inactivité physique ….

Maladies endocrines

Syndrome d'effort, neuro-myasthénie

Hypothyroïdie

Syndrome d'apnée de sommeil

Hypogonadisme

Insuffisance d'androgène

Insuffisance surrénale (maladie d'Addison)

Oedeme aigue des poumons (OAP)

…..

Maladies des Organes

Anémie

Cirrhose

Insuffisance hépatique

Maladies respiratoires

Emphysème, BPCO, insuffisance respiratoire

Insuffisance rénale chronique

Maladies cardiaques

Cardiomyopathie

Insuffisance cardiaque…

Iatrogénique : médicaments

Bêtabloquants

Tranquillisants, anxiolytiques, benzodiazépines

Neuroleptiques

Inhibiteur calcique

Antidépresseurs

Morphiniques

antalgique classe II

….

Intoxication

Intoxication par monoxyde de carbone …

…

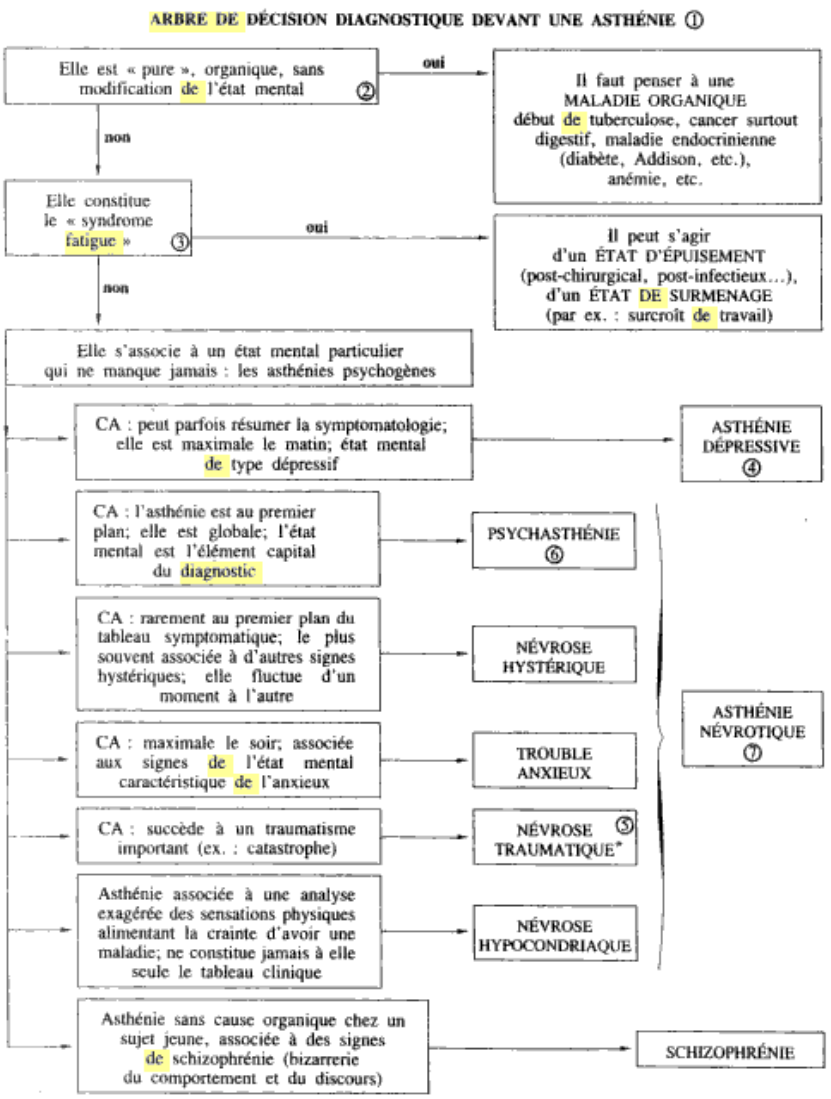
Etc

« Differential Diagnosis For Asthenia», Tiré de site : Diagnosis pro, free online differential diagnosis tool. [6]

Par le biais de l'examen physique et de l'interrogatoire, le praticien élimine les étiologies les plus improbables, pour arriver à une liste réduite à seulement quelques suspicions diagnostiques, qu'il range par ordre de probabilité, de plus probable au moins probable. Ensuite, selon ces suspicions diagnostiques, il organise son projet d'intervention, généralement, sans négocier avec le patient.
Au cabinet, en raison du nombre élevé des patients, le temps de chaque consultation est limité à quelques minutes. Ainsi, le généraliste iranien ne dispose pas du temps nécessaire pour pouvoir discuter avec le patient, ou mener un examen clinique. Il faut donc que ce praticien soit très rapide et efficace, et aussi très observateur, pour pouvoir évaluer rapidement la situation. Il doit être aussi très déterminé, pour décider convenablement, et sans perdre du temps, de son projet d'intervention.
De manière générale, et selon ses suspicions diagnostiques, le médecin commence par demander des bilans complémentaires, dont les résultats déterminent le suivi choisi spécialisé ou non.
Il faut mentionner qu'en Iran, le suivi des maladies chroniques ou graves se fait habituellement, en consultation de spécialistes, où le généraliste adresse automatiquement ces patients.

Le temps des consultations de généraliste en Iran, est insuffisant pour mener une consultation convenable, et c'est un problème primordial et non négligeable.
Malgré l'efficacité, la rapidité et l'expérience des généralistes iraniens, c'est très difficile d'éviter les erreurs diagnostiques ou thérapeutiques dans ces conditions, à la suite d'un examen clinique incomplet, ou d'un interrogatoire inachevé. C'est actuellement, un point faible de la pratique du médecine générale (et/ou d'autres spécialistes) en Iran.

En France, le praticien commence par réaliser mentalement une démarche progressive en fonction des éléments rassemblés
Allant du cadre le plus général : un groupe de maladies et devenant de plus en plus ciblé en fonction des éléments cliniques présents ou absents. Ceci peut être schématisé sous forme d'un arbre de décision diagnostique à partir de la plainte asthénique chez ce patient, comme le schéma suivant.



« Arbre de décision diagnostique devant une asthénie », Tiré de « Enseignement de la psychiatrie », page 246 [12].

La première question à répondre devant cette situation est celle ci :« *étiologie organique ou non ?* » Cela serait possible après l'entretien et surtout l'examen clinique complet. Connaître l'environnement familial de ce patient joue aussi un rôle important. Guidé par cet arbre de décision, et en posant des questions ciblées, et par les réponse « oui ou non », à chaque étape, le médecin continue sa démarche diagnostique. ..

C’est une approche progressive, dont le but est d’arriver à une hypothèse diagnostique appropriée, a partir de la plainte du patient.

Après avoir élaboré une hypothèse diagnostique et en fonction de l’étiologie retrouvée ou suspectée, et surtout après avoir négocié avec son patient, le médecin propose le projet d’intervention, par exemple de prescrire un traitement.

La consultation du médecin français, continue par la prévision de consultations ultérieures, afin de réaliser un suivi continu. Dans l’intervalle entre ces deux consultation, il reçoit les résultats des examens complémentaires et/ou les comptes rendus des consultations spécialisées qu’il a demandé dans sa démarche diagnostique ou thérapeutique, ce qui lui permet d’adapter sa prise en charge, en fonction de l’ évolution du patient à la seconde consultation.

3.4.5.2. « Situation 2 : Découverte et prise en charge d’un **diabète de type II**
Situation chronique à potentiel évolutif insidieux et possiblement grave. Elle requiert une aptitude à l’écoute et la pédagogie. Elle met en jeu des compétences diagnostiques, thérapeutiques relationnelles, préventives et éducatives. »

C’est une des situations complexes qui pourraient révéler certaines différences assez importantes de pratiques françaises et iraniennes en MG

Cette situation est classique, au cabinet du médecin généraliste en France: la découverte une maladie grave, ou chronique, qui implique un certain nombre de compétences professionnelles du médecin généraliste, aussi bien en diagnostique et thérapeutique, qu’en prévention et en éducation du patient
Pour cette situation type, en France, il existe un protocole bien défini pour mener un diagnostic et élaborer un projet d’intervention thérapeutique, et préventive, ainsi que des procédures de surveillance au long cours d’une maladie chronique, comme le diabète.

Au contraire, en Iran, il n'est pas très courant d'accueillir ces patients au cabinet du médecin généraliste. C'est plutôt le cas classique à gérer par un « spécialiste » par exemple, un endocrinologue ou un diabétologue, en Iran.
En raison de la limitation de la prescription et du remboursement de certains médicaments spécialisés et/ou certains bilans complémentaires, en Iran, les maladies chroniques sont suivies en consultation spécialisée. Donc, même si c'est le MG qui découverte cette pathologie, il adresse ce patient à un spécialiste, sans hésitation. C'est l'orientation systématiquement spécialisée du patient pour compléter les bilans étiologiques, et mettre en route le projet thérapeutique et le suivi.

Une autre particularité importante de cette situation clinique est la manière **d'annoncer une maladie grave** au patient.
La manière de dire la vérité sur une maladie grave peut être, plus importante que la maladie, elle-même.

« ..La quantité d'information à transmettre sur chacun de ces points dépend de la nature de la maladie, des possibilités de traitements, des préférences et des réactions de patients » [29].

En Iran, en l'absence d'un protocole unique, il existe deux manières distinctes d'aborder l'annonce d'une maladie grave.
La première est la méthode traditionnelle «progressive» (ou indirecte), par éviter de dire le diagnostic au patient dans un premier temps. En mettant au courant les proches, le médecin confie ainsi aux proches de dire la vérité au patient, ou au patient de deviner et de découvrir lui-même, de manière indirecte. Cette méthode est plus appréciée et donc, la méthode de choix de la plupart des médecins iraniens.

La deuxième méthode est la méthode moderne, d'inspiration américaine, et très «directe». Cela consiste à dire au patient toute la vérité, au sujet de sa maladie, les éventuels traitements, les complications et le pronostic, et laisser au patient de décider de manière de vivre pour le reste de sa vie, et choisir son traitement. C'est une manière assez brutale, qui pourrait être très offensive, si les informations ne sont pas données dans de bonnes conditions, et surtout, sans connaître les

réactions du patient. Cette méthode est difficilement acceptée par les patients et / ou leur proches, en Iran, et donc très peu pratiquée.

De toute façon, ni l'une ni l'autre ne sont la méthode appropriée d'annoncer une pathologie grave. La première méthode n'est pas appréciée par les patients intelligents avec une forte personnalité. En effet, le malade n'est pas aveugle, il voit qu'on le soumet à des examens, ou à une intervention chirurgicale, il regarde vers quelles structures on l'adresse, il entend ce que racontent d'autres malades ou d'autres membres de l'équipe médicale. Il perçoit donc des éléments de gravité dans le parcours qui est le sien dans le système de santé, indépendamment de tout discours médical.

La deuxième méthode exige une condition très particulière, surtout une habilité médicale très professionnelle, et la conscience de la situation et de l'environnement du patient ;elle pourrait avoir sinon une conséquence grave, parfois plus grave que la maladie en soi, par exemple : déstabiliser le malade et empêcher de mise en place des mécanismes d'adaptation.

En France, par contre, il existe un protocole bien défini pour annoncer une maladie grave, et même, la « stratégie » à appliquer dans chaque situation est bien décrite. C'est le plus souvent, le rôle du médecin traitant d'annoncer une maladie grave. Parce que c'est lui qui connaît mieux son patient, ses réactions, son environnement. Le médecin généraliste doit connaître les différentes stratégies pour aborder ce sujet, choisir celle qui convient mieux à la situation de son patient, et trouver aussi le meilleur moment. Dans cette situation, « la pédagogie » est importante. Elle consiste à tenir compte du point de vue du patient et de son mode de fonctionnement pour l'informer de façon adaptée des faits médicaux dont on a connaissance. Le généraliste doit prévoir aussi la manière de soutenir du patient, après l'annonce de la maladie, par exemple en demandant la présence d'un des proches.

3.4.5.3. « Situation 3 : Adolescence face à la contraception. C'est la situation d'une adolescente de moins de 18 ans, qui a eu (ou commence avoir) un ou des

rapports sexuels, demandant un avis médical pour la contraception, avec ou sans présence de ses parents.

« Situation dans laquelle le problème évoque peut être symptomatique de difficultés non explicitées de prime d'abord. Outre la réponse diagnostique et thérapeutique attendue, elle nécessite une aptitude à anticiper et à élargir le champs d'investigation au-delà de la plainte alléguée. Les compétences spécifiques face à cette situation sont d'ordre relationnel, préventif et éducatif. »

C'est une situation rare et assez compliquée en consultation au cabinet de généraliste en Iran. Les rapports sexuels en dehors de mariage ne sont pas du tout appréciés en Iran, mais, existants chez les adulte et aussi chez les adolescents. Dans cette situation, la patiente a une tendance de les dissimuler et non à les dévoiler. En cas de découverte de la vérité, cela devient très compliqué, suivi souvent d'une plainte et/ou une demande d'expertise, et sort donc de la compétence du généraliste.

Pourtant, en raison de la confiance du patient envers son médecin, on lui demande parfois son avis, dans ces situations.

Dans la situation 3, la méthode d'approche du patient par le généraliste iranien ressemble celle de ses collègues Français, surtout en ce qui concerne l'écoute du motif d'inquiétude de la patiente et en se renseignant sur les conditions et les raisons de l'accident pour évaluer le risque de grossesse.

Le respect du secret professionnel est une règle générale en médecine, aussi bien en Iran qu'en France, mais la situation légale est un peu différente dans ces deux pays.

En France, on s'engage au secret professionnel par rapport à l'entourage familial, alors que en Iran, en respectant toujours le secret professionnel, on a l'obligation d'avertir le responsable légal de l'adolescent. Cela exige une démarche assez complexe qui demande de respecter un ensemble de mesures de protection légale. Pour cette raison, le MG iranien préfère confier cette mission aux collègues spécialistes en gynécologie ou en médecine légale.

La compétence du MG iranien se résumera à élaborer ce projet d'intervention, convenablement et en toute discrétion, pour assurer une bonne prise en charge et un bon suivi.

3.4.5.4. « Situation 4 : Hématurie aigue isolée avec brûlure mictionnelle chez une femme de 40 ans

Situation aigue banale qui peut être l'occasion d'engager une démarche de dépistage et de promotion de la santé. Outre la réponse diagnostique et thérapeutique attendue, elle nécessite une aptitude à anticiper et à élargir le champs d'investigation au-delà de la plainte alléguée. Les compétences spécifiques face à cette situation sont d'ordre relationnel, préventif et éducatif. »

Dans cette situation clinique, la façon de poser un diagnostic global de la situation, de mener un entretien et une anamnèse est identique, en Iran et en France. On recherche les circonstances, la gravité et les symptômes associés, la fréquence ou les récidives éventuelles, en interrogeant sur les antécédents d'infection urinaire.

3.4.5.4.1. La différence de ces deux prises en charge repose essentiellement sur quatre points :

3.4.5.4.1.1. Le projet d'intervention : la façon d'élaborer le projet d'intervention. En France cela se fait en négociant avec le patient, alors qu'en Iran, c'est le MG, seul, qui prévoit et organise, le projet d'intervention, en évaluant la situation et en connaissant le patient. La compétence du MG iranien est donc de faire seul un bon projet diagnostique et/ou thérapeutique, et surtout de le présenter au patient d'une manière convaincante.

Négocier avec le patient pour le projet diagnostique ou thérapeutique n'est pas très apprécié par le public iranien. Pour eux, cela traduit comme une « incertitude » diagnostique, qui est égale à une incompétence professionnelle ! Le MG en Iran doit être rapide et efficace en ayant une bonne confiance en soi.

3.4.5.4.1.2. Le projet diagnostique en soi : la demande excessive de bilans complémentaires, surtout d'imageries (même l'IRM), devient plus en plus fréquente en Iran. Cela aboutit à une perte de temps et d'argent, et induit parfois un retard ou une erreur diagnostique.

3.4.5.4.1.3. Le projet thérapeutique : La prescription médicamenteuse en Iran, est encore loin de la forme basée sur l'EBM, particulièrement en médecine générale [1, 27,28,47]. Il y a beaucoup de « iatrogénie médicamenteuse », pour des prescriptions inutiles, ou inefficaces, (par exemple les antibiotiques, les AINS, etc), surtout sur les demandes inappropriées des patients. Ce problème montre essentiellement un manque de culture du « bon usage de médicaments » à cause de l'absence d'éducation des patients, et l'absence de moyen de suivi au cabinet généraliste [47]. Les patients consultent le cabinet généraliste seulement en cas de difficulté de se rendre chez un spécialiste. Ils ne respectent pas les règles de consommation des médicaments. Le généraliste n'a pas le moyen de contacter les patients si nécessaire, donc, il préfère parfois de prescrire d'emblée une antibiotique, sans attendre le deuxième rendez-vous pour revoir le patient.
L'absence d'un suivi adapté ne permet pas d'exercer convenablement la médecine. Le suivi des malades polypathologiques est effectué par les divers spécialistes. Ainsi, chaque spécialiste s'occupe seulement la pathologie qui le concerne, sans avoir le regard global d'un médecin généraliste. En l'absence de dossier médical unique et par manque d'un système adéquat de coordination des soins, il n'y aura pas de possibilité d'une évaluation régulière de la liste complète des médicaments de ces patients, ce qui augmente le risque d'iatrogénie médicamenteuse.

3.4.5.4.1.4. Le suivi des patients par les généralistes est très rare. Les nouvelles règles de prescription des médicaments spécialisés, accentuent, encore plus, cette habitude. Adresser le patient à un (ou des) autre(s) spécialiste(s) pour un avis spécialisé ou le suivi, même en cas de non indication, est la forme la plus courante des projets de suivi médicale en Iran.
Il est souhaitable que ceci évolue et ce ne serait pas possible sans valoriser la situation du MG en Iran, et il faut surtout former les médecins à ce type de suivi et y préparer les patients iraniens.

3.4.5.5. « Situation 5 : Femme de 58 ans venant **consulter pour un bilan de santé**

Situation pour la quelle le MG va réaliser un bilan de l'état de santé biomédical et psychique de la patiente et une évaluation des risques à anticiper. Elle nécessite une

aptitude à la synthèse et à l'anticipation. Les compétences requises sont d'ordre relationnel et préventif. »

2.4.5.5.1. Rappel : Bilans de santé chez un individu donné

« L'objectif d'un bilan de santé est la détection précoce d'affections infracliniques dans le but d'en améliorer le pronostic» [22]. Pourtant, cela pourrait induire quelques problèmes. Un résultat qui sort de la norme, chez un sujet sain, pourrait conduire à des bilans complémentaires inutiles et coûteux, et génère de l'angoisse du patient. En plus, dans une population asymptomatique, la probabilité de détecter une maladie est très faible. Donc il faut proposer les examens de dépistage, si le patient est symptomatique ou s'il entre dans la population concernée [22].

Dans cette situation, le généraliste français, commence la consultation, par accueillir la patiente, en lui faisant préciser ce qu'elle attend des bilans de santé, et les raisons de sa demande actuelle, tout en l'aidant à formuler ses inquiétudes.
Il essaiera ensuite d'explorer les facteurs de risque et les actions de prévention et de dépistage spécifiques adaptés à l'âge de la patiente. Il continue ses évaluations, en gérant d'éventuelles demandes, parfois inappropriées, pour actualiser les informations sur le contexte et les antécédents de la patiente. Il explique l'intérêt et les limites de tels bilans, en évaluant l'état de santé actuel de sa patiente.
Il élabore ensuite un plan de prévention personnalisé, en distinguant ce qui est de l'ordre de la prévention individualisée : vaccin, hygiène de vie, du dépistage individuel,et aussi, du dépistage organisé, tout en prenant en compte le projet de vie de cette patiente.

La liste des **projets d'intervention** pourrait contenir : les conseils hygiéno-diététiques : tabac, alcool, nutrition, sport, la recherche des facteurs de risques cardiovasculaires, la surveillance gynécologique : mammographie, frottis, dépistage de l'incontinence urinaire, le dépistage de cancer colorectal, la prévention de l'ostéoporose, la mise à jour des vaccinations, le dépistage des troubles sensoriels, auditifs ou visuels.

L'évaluation globale de la situation par le médecin iranien ressemble beaucoup à la méthode française.

La différence de ces deux pratiques médicales dans ce type de situation, repose sur le projet d'intervention. Le praticien iranien se contentera seulement de certaines préventions individuelles, de la mise à jour des vaccinations, de conseils d'hygiène de vie, de conseils diététiques, et de la recherche des facteurs de risque cardiovasculaires par des bilans biologiques.
La majorité des dépistages planifiés est réalisé par des autres spécialistes.

4. Adéquation entre formation et pratique médicale dans ces deux pays

4.1. En Iran, la formation de médecine générale se fait en deux niveaux distincts : formation initiale de médecin généraliste, et formation post-universitaire de « médecin de famille »

4.1.1. La formation de généraliste est une formation commune de tous les médecins, spécialiste ou généraliste. Cette formation ressemble à la partie commune de 1er et 2eme cycle d'études médicales en France. Dans cette formation tout est prévu pour préparer l'étudiant à un objectif de spécialisation. Les stages hospitaliers se déroulent seulement dans les services spécialisés de médecine ou de chirurgie. Il n'y a pas de stage chez les praticiens généralistes ou en médecine ambulatoire.
Pour les généralistes, il n'y a ni un modèle adapté à leur future pratique, ni de guides de pratiques spécifiques. L'initiation à la médecine générale se fait après les études, avec l'expérience personnelle au cabinet, sans un apprentissage organisé et ciblé. Malgré une méthode standardisée et exhaustive d'enseignement médical, il n'y a donc pas de préparation spécifique pour le métier de généraliste en Iran.
Vu la démographie des généralistes en Iran, surtout avec les besoins de médecins en soins de premier recours, la formation de base offerte par les études actuelles permet d'assurer la prise en charge des soins d'urgence et des pathologies aigues, ainsi que le dépistage et le diagnostic initial des pathologies chroniques pour une grande partie de la population iranienne.

4.1.2. La formation de « médecin de famille », est construite comme une démarche de spécialisation du médecin généraliste, avec l'objectif d'une offre de soins primaires, permettant une prise en charge globale et un système d'orientation adapté vers les soins spécialisés. Dans ce concept, l'accent a été mis sur la médecine préventive et éducative, et une amélioration de la prise en charge thérapeutique. C'est une formation en deux temps. Dans un premier temps, la formation pratique par le travail dans les maisons de santé rurales, et dans un deuxième temps, une formation théorique continue par correspondance, avec un programme adapté au métier, concentrée principalement sur la prévention,

l'éducation des patients et l'orientation adaptée vers la médecine spécialisée. Cette formation en Iran est en cours d'expérimentation. Pour cela, un programme adapté est en train d'être organisé par les professeurs d'Université, essentiellement de Santé publique. Dans ce programme, en théorie, le médecin est encadré par l'équipe d'enseignants pour sa formation, et par les autorités du pays (surtout ministère de la Santé et la Sécurité sociale pour les supports financiers et matériels. Il semble qu'une formation ainsi définie et organisée doive fonctionner. , Après cette spécialisation, plus adaptée et surtout bien ciblée pour les généralistes, il sera possible de profiter des potentiels pédagogiques des généralistes expérimentés, pour la formation en médecine générale, en proposant le nouveau rôle de « généralistes enseignants »….

4.2. En France : la formation de médecine générale est d'emblée d'une durée de 9 ans, dans une spécialité distincte et adaptée, avec un programme bien ciblé et orienté vers une prise en charge globale du patient, dans son environnement. C'est une formation qui fonctionne depuis quelques années, et continue à évoluer. Dans sa pratique, le généraliste a un rôle clé de médecin traitant, est le premier recours du patient en soins primaires. Il effectue aussi la prévention, et l'éducation du patient. Dans une population à forte densité de généralistes et avec une population plus âgée à forte prévalence de maladies chroniques, une des fonctions du généraliste est la prise en charge du suivi de ces pathologies dans le contexte d'une médecine centrée sur le patient.

La formation actuelle de médecine générale, en France semble adaptée aux pratiques en médecine générale : elle a en effet un programme spécifique reflétant le champ des l'exercice, abordant prévention et suivi des maladies chroniques, des stages orientés vers la médecine ambulatoire et des enseignants de la même discipline.

Il reste pourtant un point à améliorer, qui serait la formation après les études : La formation continue. Elle est suivie par beaucoup, mais les cadres réglementaires, s'ils en font une obligation, n'en font pas un instrument de valorisation de ceux qui la suivent, comme cela semble le cas dans le projet « médecin de famille » iranien.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

La comparaison de ces deux modes d'exercice médical n'est pas très facile. Il faut considérer que ces deux modes se sont développés dans deux environnements culturels assez différents. Une pratique médicale appropriée dans un milieu socioculturel n'est pas obligatoirement convenable pour un autre. Nous ne pouvons donc pas comparer ces deux méthodes de manière très stricte.
Il ne semble pas non plus judicieux d'abandonner une méthode qui rend des services (même si cela ne marche pas très bien), en espérant la remplacer simplement par une autre méthode, qui n'a jamais été expérimentée dans ce contexte.
En tirant bénéfice des avantages de chaque méthode, nous pourrions proposer un modèle conceptuel théorique de la formation qui oriente préférentiellement les pratiques vers une meilleure qualité des soins.

Depuis 2004, la Médecine générale est reconnue comme une spécialité en France [18], avec un programme de formation mieux adapté et bien ciblé, dont une partie importante est consacrée aux soins ambulatoires. Avec ses généralistes enseignants, ses cours théoriques appropriés, un référentiel-métier, des guides thérapeutiques adéquats, l'enseignement de médecine générale en France a des fondements bien spécifiques.
Bénéficiant de la richesse de ses références et guides de pratiques, et par le biais des recommandations claires, rigoureuses, et régulièrement mises à jour , les généralistes français sont bien équipés pour mettre en pratique une « EBM » .

Le point fort du système iranien est aussi son enseignement, très bien structuré, qui applique en détail les règles de la « standardisation » de la formation médicale de WFME [30, 48]. L'avantage de ce modèle est d'offrir aux médecins iraniens la capacité d'adaptation aux autres systèmes des pratiques, si besoin[3]. L'objectif principal de cette méthode est de préparer les médecins pour une activité universelle mondiale : médecins ambulants ou « travailleurs mobiles » [48]. La situation actuelle du pays, et surtout, le nombre élevé des généralistes en Iran, font que beaucoup de médecins iraniens « mobiles » travaillent actuellement partout dans le monde, et en particulier aux Etats-Unis.

Pourtant, ce modèle (presque) parfait, copie conforme du modèle américain, concerne seulement « la formation des médecins « spécialisés ». La formation des médecins généralistes est devenue défavorisée au profit des études spécialisées.

D'ailleurs, les problèmes des pratiques des généralistes en Iran, semblent être ignorés. La médecine générale, qui n'est pas encore reconnue comme une spécialité, est utilisée tout simplement comme une étape préliminaire pour la spécialisation depuis de nombreuses années. Auparavant, tous les médecins iraniens avaient la possibilité d'effectuer des études spécialisées alors que maintenant, l'accès à la spécialisation en Iran est très restreint.

En raison de l'augmentation du numerus clausus de médecine, pour pallier à l'exode des médecins après la révolution de 1978, depuis la réouverture des universités en 1983, l'Iran est saturé aujourd'hui de jeunes médecins généralistes (80 000 pour 72 M d'habitants)[15-16]. Malheureusement, jusqu'à maintenant, ce potentiel d'«acteurs de santé » est resté inexploité. La clé de ce coffre fort, solution des problèmes de santé publique, et aussi avenir de la Médecine générale en Iran, pourrait être le projet du « médecin de famille » [21,37].

Ainsi, le concept actuel du « médecin traitant » en France (aussi bien dans ses aspects pédagogiques que pratiques) pourrait être un prototype appropriés pour les prochains « médecins de famille » Iraniens, si on trouve les moyens de communication et d'échange des expériences entre ces deux pays.

De l'autre coté, la comparaison de ces deux cadres de formation médicale peur conduite à proposer de faire évoluer le système français vers un modèle plus ouvert, renforcer l'apprentissage de l'anglais dans le parcours médical, enrichir les centres de documentation universitaires de plus de références internationales, (en plus des références francophones), et donner aux jeunes médecins français plus de facilité d'échange des connaissances médicales entre médecins généralistes au niveau mondial.

Il ne faut pas oublier l'avantage des modalités des formations continues en Iran avec leur programme régulier et organisé utilisant les moyens télématiques [38], et leur rôle qualifiant, qui s'adaptent bien à une promotion des connaissances en médecine générale.

Pour un modèle de concept théorique, il vaut mieux envisager un moyen de convergence de ces deux méthodes sans briser la forme de départ, de chacune mais en adaptant les propositions au contexte des besoins de Santé de chaque population. L'idée de la « standardisation » de la formation médicale au niveau « mondial » a déjà été proposé par le WFME [48] et semble réalisable, avec la bonne volonté, du temps et de la patience.

BIBLIOGRAPHIE

1. Amidi S., Solter S., Rashidian B., Zokaian A.R., Razmjoian F. Antibiotic use and abuse among physicians in private practice in Shiraz, Iran. Med Care. 1975; 13,4: 341-5.

2. Andrzej Wojtczak A., Glossary of medical education terms. Institut for international medical education (IIME). 2002, [consulté le 10/08/2011]. Disponible à l'adresse: http://scume.behdasht.gov.ir/uploads/172_275_IIME.pdf (anglais)

3. Asadi-Lari M, Sayyari AA, Akbari ME, D. Gray D. Public health improvement in Iran lessons from the last 20 years. Public Health. 2004 ; 118, 6 : 395-402.

4. Bagheri Lankarani K, Alavian SM, Haghdoost A A. Family physicians in Iran: success despite challenges. The Lancet 2010 ; 376, 9752 : 1540 – 1541.

5. Département de médecin généraliste. Livret d'interne 2008-2009, DES de médecine générale. Université Paris 13. 2008 [consulté le 14/09/2011]. Disponible à l'adresse: http://www-smbh.univ-paris13.fr/smbh/enseig/enseig_medecine/des_med_gen/livret%20_Interne_08_09.pdf

6. Differential Diagnosis For Asthenia, diagnosis pro, free online differential diagnosis tool, [Consulté le 05/09/2011]. Disponible à l'adresse : http://en.diagnosispro.com/differential_diagnosis-for/asthenia/45021-154.html

7. Dorgan KA, Lang F, Floyd M, Kemp E. International medical graduate-patient communication: a qualitative analysis of perceived barriers. Acad Med. 2009; 84,11: 1567-75.

8. Esmaily H.M., Savage C., Vahidi R. et al. Does an outcome-based approach to continuing medical education improve physicians' competences in rational prescribing? Med Teach. 2009; 31, 11: e500-e506.

9. Family physician program. Mashhad university of medical science (Iran). [Consulté le 12/08/2011]. Disponible à l'adresse : http://www.mums.ac.ir/fpp (persan)

10. Family physician and referral system (in Iran). Communiqué de presse. Jame-jam online news. 2008 [consulté le 12/09/2011] disponible à l'adresse : http://www.jamejamonline.ir/newstext.aspx?newsnum=100947159961 (persan). Ou site en cache : « http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fDzElTbBoSUJ:www.jamejamonline.ir/newstext.aspx?newsnum%3D100947159961 »

11. Ghanizadeh A., Zarei N. Are GPs adequately equipped with the knowledge for educating and counseling of families with ADHD children? BMC Fam Pract. 2010; 21: 11:5.

12. Hardy-Baylé M.C., Arbre de diagnostique. In Hardy-Baylé M.C. Patrick Hardy P. et al.,éditeurs. Enseignement de la psychiatrie. 2e édition. DOIN. 2003.p.242-249.

13. Health News WHO Iran : Family Physician. [Consulté le 17/09/2011]. Disponible à l'adresse : http://www.whoiran.org/News_EN.htm (anglais)

14. Initiation of Family Physician Program and Referral System in 17 Cities of Iran. MED & LAB Engineering Magazine 2011 [Consulté le 10/08/ 2011]. Disponible à l'adresse : http://www.iranbmemag.com/en/news/view.asp?tmplt=&id=424 (anglais)

15. Informations et actualités médicales. Site officiel de l'ordre national des medecin d'Iran. Medical Last NEWS. Medical council of I.R. Iran [consulté le 15/09/ 2011]. Disponible à l'adresse : http://irimc.net/section14/page4.aspx (persan)

16. Iran has an abundance of general practitioners. Communiqué de presse. septembre 2008. [consulté le 10/08/2011]. Disponible à l'adresse: http://www.payvand.com/news/08/sep/1020.html (anglais)

Disponible àl'adresse :
http://books.google.fr/books?id=PBeAOvI9GRMC&pg=PA246&lpg=PA246&ots=aR9DpPxzqJ&dq=arbre+de+decision+diagnostic+fatigue&output=html_text

17. Jaisson M. L'honneur perdu du généraliste. Actes de la recherche en sciences sociales. 2002 ; 143 :31-35.

18. Journal officiel de la république française : 6 octobre 2004, décrets, arrêtes, circulaires, textes généraux ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine [consulté le 20/09/2011]. Disponible à l'adresse : http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/des_complementaire.pdf

19. Kermani M.S., Ghaderi H., Yousefi A. Demand for medical care in the urban areas of Iran: an empirical investigation. Health Econ. 2008; 17, 7: 849-62.

20. La date de concours de Master de santé publique (MPH) de « médecin de famille » de 2011. Communiqué de presse. Mars 2011. University Portal News (Iran). [Consulté le 08/09/2011]. Disponible à l'adresse : http://www.unp.ir/news_11043.htm (persan)

21. Lebaron S.W., Schultz S.H. Family medicine in Iran: the birth of a new specialty. Fam Med. 2005; 37, 7 :502-5.

22. le cours d'internat : Item 3, 4,12. Faculté de médecine Lyon1. [consulté le 14/09/2011] disponible à l'adresse : http://lmm.univ-lyon1.fr/internat/download/item3.pdf

23. Les modalités de concours 2010 de Master de santé publique (MPH) de « médecin de famille », modifications et nouveautés. Communiqué de presse. MEHR NEWS (Iran). [Consulté le 08/09/2011]. Disponible à l'adresse : http://www.mehrnews.com/fa/newsdetail.aspx?NewsID=982260 (persan)

24. Les compléments et les reformes de l'éducation médicale de médecine générale en Iran. Minstère de santé d'Iran. Ministry of Health and Medical Education Deputy of Educational Affairs Secretariat of the Council for Undergraduate Medical Education [consulté le 15/09/ 2011]. Disponibles aux adresses :
http://scume.behdasht.gov.ir/uploads/172_277_mosavab1.htm (persan)
http://scume.behdasht.gov.ir/uploads/172_277_mosavab2.htm (persan)
http://scume.behdasht.gov.ir/uploads/172_277_mosavab3.pdf (persan)
http://scume.behdasht.gov.ir/uploads/172_277_mosavab4.pdf (persan)
http://scume.behdasht.gov.ir/uploads/172_277_mosavab5.pdf (persan)
http://scume.behdasht.gov.ir/uploads/172_277_mosavab6.pdf (persan)

25. LIEURADE M. thérapeutique en Médecine Générale. CNGE 2009

26. Master de santé publique : enfin un programme de formation MPH des médecins de famille. Communiqué de presse (Iran). septembre 2010. [Consulté le 08/09/2011]. Disponible à l'adresse : http://dastyari2007.blogfa.com/post-235.aspx (persan)

27. Moghadamnia A.A., Mirbolooki M.R., Aghili M.B. General practitioner prescribing patterns in Babol city, Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J. 2002; 8, 4-5: 550-555.

28. Mozafarpour S., Sadeghizadeh A., Kabiri P et al., Evidence-based medical practice in developing countries: the case study of Iran. J Eval Clin Pract. 2011; 17, 4 :651-6.

29. Moutel G. Le dossier médical: enjeux médico-légaux et éthiques. Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale. Faculté de médecine- université Paris 5 2010 [consulté le 14/09/2011]. Disponible à l'adresse: http://www.ethique.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/66ec0b411d0c4601c125673700595904/$FILE/I%20et%20II.pdf

30. New standards in medical education in Iran. FINAL REPORT. Health and Medical Education Deputy of Educational Affairs Secretariat of the Council for Undergraduate Medical Education. JPRM 2008-2009 [consulté le 10/09/2011]. Disponible à l'adresse: http://scume.behdasht.gov.ir/uploads/172_277_New-standard.pdf (persan)

31. Pouchain D. Principes de médecine générale. Médecine générale : concepts & pratiques. Paris : Masson 1996

32. Programme détaillé des cours de médecine générale d'Iran. Loi de 21 septembre 1985, votée au 17ème Conseil suprême des sciences médicales. Educational course plan (strategy). Ministry of Health and Medical Education Deputy of Educational Affairs Secretariat of the Council for Undergraduate Medical Education [consulté le 10/08/2011]. Disponible à l'adresse: http://scume.behdasht.gov.ir/uploads/172_275_Sarfasl_64.pdf (persan)

33. Projet de médecine de famille : un retard de 5 mois de mise en œuvre des programme opérationnel. Communiqué de presse du 15 août 2011 (Iran). HAMSHAHRI ONLINE NEWS. [Consulté le 08/09/2011]. Disponible à l'adresse: http://hamshahrionline.ir/news-143095.aspx (persan)

34. Rashidian A., Eccles M.P., Russell I. Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. Health Policy. 2008; 85, 2 :148-61.

35. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes, CNGE : Mission évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. 2009.

36. Ronaghy H.A and Simon H.J. Effects of the Islamic Revolution in Iran on medical education: the Shiraz University School of Medicine. Am J Public Health. 1983; 73, 12: 1400–1401.

37. Shalileh K., Mahdanian A. Family physicians' satisfaction in Iran: a long path ahead. Lancet. 2010 ; 376, 9740: 515.

38. Site officiel de (FMC) formation médical continue d'Iran. Programme des conférences des FMC, et aussi la source officielle des conférences et des cours de formation MPH des médecins de famille par l'Internet en Iran. [Consulté le 12/08/2011]. Disponible à l'adresse: http://www.ircme.ir/App_Web/(Guest)/Centers.aspx?CenterID=2

39. Site officiel de ministère de santé d'Iran. Ministry of Health and Medical Education Deputy of Educational Affairs Secretariat of the Council for Undergraduate Medical Education [consulté le 15/09/ 2011]. Disponible à l'adresse : http://scume.behdasht.gov.ir/

40. Site officiel de l'ordre national des médecins d'Iran. Formation médicale continue. Continu Medical Education. Medical council of I.R. Iran [consulté le 15/09/ 2011]. Disponible à l'adresse : http://irimc.net/section9/page1.aspx (persane)

41. Site officiel de la faculté de médecine de Téhéran (site anglais) [consulté le 10/09/ 2011]. Disponible à l'adresse : http://medicine.tums.ac.ir/en/

42. Site officiel de l'agence de presse iranienne IRNA : Islamic Republic News agency [consulté le 10/09/ 2011]. Disponible à l'adresse : http://www2.irna.ir/fr/ (français)

43. Site officiel de l'agence de presse iranienne HAMSHAHRI : HamshahriOnline News [consulté le 10/09/ 2011]. Disponible à l'adresse : http://www.hamshahrionline.ir/ (persan)

44. Site officiel de l'agence de presse iranienne JAMEJAM : Jamejam Online News [consulté le 10/09/ 2011]. Disponible à l'adresse : http://jamejamonline.ir/en/ (anglais)

45. Site officiel de l'agence de presse iranienne MEHR : MEHR Online News [consulté le 10/09/ 2011]. Disponible à l'adresse : http://www.mehrnews.com/en/ (anglais)

46. The Minimum Required Competencies of the General Practitioners Graduated from the Universities of Medical Sciences of Islamic Republic of Iran, Final Report. Ministry of Health and Medical Education Deputy of Educational Affairs Secretariat of the Council for Undergraduate Medical Education JPRM 2008-2009 [consulté le 10/09/2011]. Disponible à l'adresse: http://scume.behdasht.gov.ir/uploads/172_275_enTavanmandi.pdf (anglais)

47. Toosi T.D., Azizian A., Roushan N., Khasaeipur Z., Soleimanzadeh M. The views of general practitioners in Iran about prevention and health promotion and related obstacles in clinical practice. Acta Med Indones. 2009; 41, 3 :115-20

48. WFME. Basic medical education. WFME global standards for quality improvement. [Consulté le 10/08/2011]. Disponible à l'adresse: http://scume.behdasht.gov.ir/uploads/113_176_WFME_English.pdf (anglais)

49. Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Wonca Europe 2002 [consulté le 12/09/2011]. Disponible à partir de: http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf

ANNEXES

ANNEXE I :

DÉTAILS DU PROGRAMME DES ÉTUDES EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN IRAN

Tiré du texte de « programme détaillé des cours de médecine générale d'Iran, loi de 21 septembre 1985 [32]

I.I. Détails de Programme de première étape

I.I.I Module de cours généraux :

Il faut valider 23 unités de cours généraux pendant les deux premières années de l'étude de médecine générale. Le tableau 2 montre a liste complète des modules de cours généraux.

Tableau I. Module de cours généraux

N°	Nom de matière	unités	Total heures	Cours théorique	Travaux pratique
1	Littérature persane (1)	2	34	34	-
2	Science Islamique (1)	2	34	34	-
3	Anglais (1)	2	51	17	34
4	ESP (1) Sport	1	34	-	34
5	Science Islamique (2)	2	34	34	-
6	Ethique médicale (1 et 2)	1+2	51	51	-
7	Littérature Persan (2)	2	34	34	-
8	Anglais (2)	2	51	17	34
9	ESP (2) Sport	1	34	-	34
10	Histoire de l'Islam	4	68	68	-
11	Histoire de Révolution islamique*				
12	Etude des textes religieux*				
13	science de la vie*				
Total	**23**	**459**	**323**	**136**	

* Ces matières (n° 11-13) sont optionnelles avec coefficient 2 pour chacune, et il faut valider seulement 2 matières sur ces trois selon le choix d'étudiant.

I.I.II. Module de sciences fondamentales et cours spécifiques

L'ensemble de 68 unités de modules scientifiques et cours spécifiques des deux premières années d'étude médicale, sont réparties comme le tableau suivant.

Tableau II. : Liste des 68 unités de modules fondamentales et cours spécifiques

Code	Nom	unités	Heures totales	Heures théoriques	Heures TP	Pre-requis
01	Biophysique*	2	38	30	8	
04	Biochimie	6	119	85	34	
07	Anatomie **					
07-1	Anatomie 1	3	68	34	34	
07-2	Anatomie 2	4	94	43	51	
07-3	Anatomie 3	3	77	26	51	
08	psychologie	2	34	34		
14	Santé publique					
14-1	Santé publique 1	2	34	34		
14-2	Santé publique 2 épidémiologie	2	34	34		
18	Anglais spé lecture des articles médicaux internationaux					
18-1	Anglais spécifique (1) lecture des articles médicaux interatinaux	3	51	51		10 cours généraux
18-2	Anglais spécifique (2) lecture des articles médicaux interatinaux	3	51	51		18-1
25	Nutrition	2	34	34		04
27	Histologie	4	85	51	34	
06	Physiologie***					
06-1	Physiologie1	4	68	68		04 et 27
06-2	Physiologie 2	5	102	68	34	06-1
10	Génétiques	2	34	34		04 et 27
28	Bactériologie et virologie*	5	111	60	51	06-1
14-3	Santé publique 3	2	34	34		14-1
34	Immunologie*	3	60	43	17	06-1
31	Parasitologie et maladies mycotiques*	4	94	43	51	06-1
42	Pathologie générale	5	111	6051		06-2

	****					
43	embryologie	2				27
Total		68	1367	951	416	

**ces cours sont théoriques- pratique, deux heures travaux pratiques pourrait remplacer une heure de cours théorique.*
***Anatomie 1 : Tronc (thorax et abdomen), pelvis : système urogénital féminin et masculin*
**** Physiologie (1) : physiologie cellulaire, cardiovasculaire et circulation, système respiratoire et digestif*
Physiologie (2) : système endocrinologie et métabolisme, système rénal : eau et électrolytes et système de régulation de PH acide base.

I.I.III. Programme de première étape par semestre

La première partie des études médicales d'Iran s'est répartie en 4 semestres, comme les suivants :

Tableau III. Première étape des études médicales : programme de deux premières années d'étude médicale, par semestre (en 4 semestres)

1er SEMÈSTRE				
N°	nom	unités théorique	unités TP	Total
1	Biochimie	5	1	6
2	Histologie	3	1	4
3	Biophysique	2	-	2
4	Anatomie (1)	3	1	4
5	Anglais (1)	2	-	2
6	Littérature persane (1)	2	-	2
Total				20

2ème SEMÈSTRE				
N°	nom	unités théorique	unités TP	Total
1	Nutrition	2	-	2
2	Santé publique (1)	2	-	2
3	Anatomie (2)	2	1	3
4	Physiologies (1)	4	-	4
5	Génétiques	2	-	2
6	ESP (1 et 2)	2	-	2
Total				19

3ème SEMÈSTRE				
N°	nom	unités théorique	unités TP	Total
1	Anatomie (3)	1.5	1.5	3
2	Anglais spé (1)	3	-	3
3	Physiologie (2)	4	1	5
4	Santé publique (2)	2	-	2
5	Science Islamique	2	-	2
6	Ethique médicale	1	-	1
7	parasitologie	2.5	1.5	4
Total				20

4ème SEMÈSTRE				
N°	nom	unités théorique	unités TP	Total
1	psychologie	2	-	2
2	Santé publique (3)	2	-	2
3	Pathologie générale	4	1	5
4	immunologie	2.5	0.5	3
5	bactériologie	3.5	1.5	5
6	Anglais spé	3	-	3
Total				20

I.II. Détails de Programme de deuxième étape : Cours spécialisé de troisième année (physiopathologie, sémiologie)

Tableau IV. Liste des cours spécialisés de troisième année d'étude médicale

Code	nom	unités	Heures totales	Heures théoriques	Heures TP	
51	**Physiopathologie**	14	238	238		
51-1	Maladies HGE		40	40		
51-2	Maladies cardiovasculaires		40	40		
51-3	Endocrinologie, maladies métabolique		32	32		
51-4	Hématologie		32	32		
51-5	Pneumologie		32	32		
51-6	Néphrologie		30	30		
51-7	Rhumatologie		32	32		
64	**Pathologies des organes**	6	136	68	68	
65	Pharmacologie*	4	77	60	17	
66	Sémiologie*	4	197	25	172	
67	Stage de santé publique**	2	136	-	136	
Total		30	784	391	392	

*Sémiologie : est un module mixte (théorique et pratique). Un jour par semaine, il y a de cours aux services hospitaliers (sur terrain).

**ce stage doit faire a la fin de deuxième et /ou troisième année, pendant 3 semaines aux centres médicaux (publique).

I.III. Détails de Programme de troisième étape:
stage hospitaliers l'externat (4ème et 5ème années)

Le tableau V. Liste des stages d'externat

N°	nom	durée	unités	Services
1	Médecine interne	6 mois	18	Médecine interne, neurologie, maladies infectieuses

La durée de stage au service de médecine interne doit être plus de 3 mois, et les deux autres services plus d'un mois.

N°	nom	durée	unités	Services
2	Chirurgie générale	4 mois	12	Chirurgie viscérale, orthopédie, traumatologie, urologie

La durée de stage au service de chirurgie digestive doit être plus de 2 mois, et les deux autres services plus d'un mois.

N°	Nom	Durée /mois	unités	
3	Pédiatrique	3	9	Ces stages doivent faire après les services de médecine interne et de chirurgie.
4	Gynécologie, obstétrique	2	6	
5	ophtalmologie	1	3	
6	ORL	1	3	
7	Psychiatrique	1	3	
8	Radiologie	1	3	
9	Dermatologie	1	3	
Total		20	60	

Les cours théoriques d'ophtalmologie, ORL, psychiatrie et radiologie pourrait avoir lieu de manière commune pour l'ensemble des externes, les matins aux services concernés.

code	nom	unités	Heures totales	Heures théoriques	Heures TP
14-4	Santé publique (4) Statistique et méthodes de recherche*	2	34	34	
	Maladies infectieuses**	3	51	34	
	Neurologie**	2	34	51	
	Chirurgie générale**	10	170	34	
	Gynécologie, obstétrique**	4	68	170	
	Pédiatrie**	6	102	68	
	Psychiatrie**	2	34	102	
	Médecine légale et toxicologie***	2	34	34	

	Santé publique (5) Epidémiologie des maladies***	2	34	34	
	Histoire de médecine, et éthique	2	34	34	
Total		35	595	595	34

le cours de Statistique et méthodes de recherche ont lieu les après-midi pendant les 4 premiers mois de l'externat.

**les cours théoriques de maladies infectieuses, neurologie, chirurgie générale, gynécologie et obstétrique, pédiatrique et psychiatrie ont lieu les après midi les 16 premiers mois de l'externat.

***Les cours de médecine légale et épidémiologie ont lieu les après-midi pendant les 4 derniers mois de l'externat.

I.IV. Détails de Programme de quatrième étape :

Stage d'Internat 6ème année

Tableau VII. Liste des stages d'Internat

N°		Durée / mois	unités	Les services
1	Médecine interne	4	16	Médecine interne
2	Chirurgie générale	3	12	Chirurgie digestive, orthopédie, traumatologie, urologie

- la durée de stage au service de chirurgie digestive ne doit pas être moins de deux mois, et la durée du stage dans les autres services ne doit pas être plus d'un mois.

N°	nom	Durée/ mois	unités	
3	pédiatrie	3	12	
4	Gynécologie, obstétrique	2	8	
5	Santé publique	1	4	
6	Ophtalmologie, ORL, psychiatrie, neurologie, dermatologie, maladies infectieuses, maladies cardiovasculaire	4 4 services optionnels Chacun 1 mois	16	
Total		17	68	

Tiré de texte de « programme détaillé des cours de médecine générale d'Iran, loi de 21 septembre 1985 [32]

ANNEXE II :
EBM

Tableau II.I. Niveau de preuve scientifique fourni par chaque étude

Types d'études	Niveau de preuve scientifique fourni	Grade des recommandations
Essai comparatif randomisé de forte puissance ; Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées	1	A Preuve scientifique établie
Essai comparatif randomisé de faible puissance Etudes comparative non randomisée bien menée Etude de cohorte	2	B Présomption scientifique
Etude cas-témoins	3	C Faible niveau de preuve
Etude comparative comportant des biais importants Etude rétrospective Série de cas cliniques Etude épidémiologique descriptive (transversale, longitudinale)	4	

ANNEXE III :

« MEDECIN DE FAMILLE » EN IRAN EN IMAGES

Image1 : Programme de « médecin de famille » : Indisponsable pour l'amélioration de santé publique et l'égalité d'offre des soins primaires [9]



Image 2 : Médecin de Famille : en soins ambulatoires en milieu rural ! [33]



Image 3 : Consultation de Médecin de Famille en maison de santé (pluridisciplinaire) rurale [10].



TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE……..15
INTRODUCTION……16
1. MATERIÈL ET MÉTHODE…… .18
1.1. Le choix des méthodes……..18
1.1.1 Pour l'étude des formations médicales……..18
1.1.1.1 En Iran……18
1.1.1.2. En France……..18
1.1.2 Pour les pratiques médicales……...19
1.1.2.1 En Iran……..19
1.1.2.2. En France……19
1.2. Modalités de la recherche bibliographique…… …20
1.2.1. Sources de données et sites Internet consultés……..20
1.2.2 Stratégie d'interrogation ……..…….. ….21
1.2.3 La recherche par les mots clé…….. ……..21
1.2.4 Sélection des documents……... …….. ..21
1.2.5 Synthèse de la littérature……... ……. 21

2. PREMIÈRE PARTIE : FORMATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE...23
2.1. FORMATION MÉDICALE En Iran……24
2.1.1. Pré requis…….. ……24
2.1.2. Généralités…….. ….. 24
2.1.3. Organisation en étapes……25
2.1.3.1. Premiere étape :science fondamentales ……..25
2.1.3.1.1. Les objectifs généraux……26
2.1.3.2. Deuxième étape : Sémiologie et physiopathologie…….26
2.1.3.2.1. Les objectifs généraux……..26
2.1.3.2.2. Les modules……....27
2.1.3.2.2.1. Sémiologie ……....27
2.1.3.2.2.2. Physiopathologie…… ……27
2.1.3.2.2.3. Pathologie spécifique ……..27
2.1.3.2.2.4. Pharmacologie……28
2.1.3.2.3. Validation ……....28
2.1.3.3. Troisième étape : Stages hospitaliers d'externat……..…29
2.1.3.3.1. Les Objectifs généraux……..29
2.1.3.3.2. Programme……29
2.1.3.3.3. La validation …… ……....30
2.1.3.4. Concours de pré-internat ……...31
2.1.3.5. Quatrième étape : L'Internat ……....31
2.1.3.5.1. Les Objectifs généraux……..32
2.1.3.5.2. Programme……....32

2.1.3.5.3. La validation ……..33
2.1.3.6. Cinquième et dernière étape : La thèse……..33

2.1.4. Les particularités de la formation en médecine générale en Iran…… 34
2.1.4.1. Le modèle et les références de formation ……34
2.1.4.2. Formation aux CHU…….35
2.1.4.3. La thérapeutique…….36
2.1.4.4. L'évolution……..36
2.1.4.5. L'objectif de formation ……..…36
2.1.4.6. Les intervenants ……..36
2.1.4.7. La validation ……..37
2.1.4.7.1. Le concours de Pré-internat…….....38
2.1.4.7.2. La thèse ……...39
2.1.4.8. La spécialisation……..39
2.1.5. Formation médicale continue ou FMC ……..39
2.1.5.1. Les modalités de FMC en Iran……..……40

2.2. FORMATION MÉDICALE En France ……41
2.2.1. Pré requis…….. ….41
2.2.2. Généralité……..41
2.2.3. Organisation des études en cycle……..41
2.2.3.1. Premier cycle : PAES (ou) PACES, Concours de première année, PCEM2 ……41
2.2.3.2. Le deuxième cycle : DCEM1, DCEM 2, DCEM 3, DCEM 4..43
1.2.3.2.1.Validation ……43
2.2.3.3. ECN « épreuves classantes nationales » ……...43
2.2.3.4. Le troisième cycle : spécialisation ……..44
2.2.3.5. DESC……..44
2.2.3.6. Thèse……45
2.2.4. Particularités de la formation en médecine générale en France…….45
2.2.4. 1. Revalorisation de médecine générale depuis 2004……45
2.2.4.2. Méthode d'apprentissage…….....45
2.2.5. Formation médicale continue ……46

2.3. COMPARAISON de formation de médecine générale en Iran et en France…… ……..…....47
2.3.1. Ressemblances……..……..47
2.3.2. Différences…….……...47
2.3.2.1. La durée d'étude……47
2.3.2.2. La spécialisation……47
2.3.2.3. Les intervenants……...47
2.3.2.4. Le modèle d'approche diagnostique ……48

2.3.2.5. Les guides et les références ……48

3. DEUXIÈME PARTIE : PRATIQUES DE MÉDECINE GÉNÉRALE ...49
3.1. Définition de la Spécialité de la médecine générale ou médecine de famille……..50
3.2.Pratiques de Médecine générale en Iran……51
3.2.1. Historique…….....51
3.2.2. Situation des médecins généralistes……51
3.2.3. Mode d'exercice en médecine « générale » en Iran..….53
3.2.3.1. Modèle actuel de recours aux soins ……....53
3.2.3.2. Centralisation de système de santé en Iran……...54
3.2.3.3. Les difficultés des jeunes médecins généralistes en Iran…...55
3.2.3.4. Le permis du travail……..……..55
3.2.4. Champs d'activités du médecin généraliste……....57
3.2.5. Gérer un cabinet de médecine générale en Iran……..58
3.2.6. « Médecin de la famille » : l'avenir de la médecine générale en Iran…….. 60
3.2.6.1. Généralité ……60
3.2.6.2. Le « programme de médecin de famille », en Iran……..……..61
3.2.6.2.1. Objectifs ……....61
3.2.6.2.2. Nouvelle spécialité : l'idée ……..62
3.2.6.2.3. Projet Pilot de médecin de famille est encours d'expérimentation……...62
3.2.6.2.4. Les principaux axes prédéfinis de programme de médecin de famille……64
3.3. Pratiques de Médecine générale En France…….……67
3.3.1. Historique ……..……67
3.3.2. Modes d'exercice de médecin généraliste en France….67
3.3.3. Champs d'activités du médecin généraliste en France.68
3.3.4. Gérer un cabinet de médecine générale en France…….69
3.3.4.1. Activité libérale, ses avantages et ses inconvénients ….....69
3.3.4.2 - Cadre d'exercice……71

3.4. COMPARAISON de pratiques de médecine générale en Iran et en France…..…….……..……..71
3.4.1. Consultation au cabinet de médecin généraliste…..……71
3.4.1.1. Accueil…...……..…….....71
3.4.1.2. Examen clinique ……....73
3.4.1.3. Hypothèse diagnostic ……..…73
3.4.1.4. Projet d'intervention……..……....73
3.4.1.5. Suivi ……...73
3.4.1.6. Suivi continu et à long terme ……..74
3.4.2. Les voies du diagnostic……..74

3.4.2.1. La modélisation ……74
3.4.2.2. La méthode algorithmique ……..…75
3..4.2.3. Méthode probabiliste ……..……76
3.4.2.4. Méthode par effectuer les diagnostics différentiels ……...77
3.4.2.5. Le nouveau concept d'Evidence-Based Medicine (EBM).....77

3.4.3. Les guides de Pratique médicale en France……78
3.4.3.1. Recours aux « Référentiels », aux « Recommandations pour la pratique »…… ……... 78
3.4.3.2. Les référentiels…….……....78
3.4.3.3. Les recommandations de bonne pratique……..……78

3.4.4. Les guides de pratique médicale, en Iran ……...79
3.4.5. Comparaison des deux méthodes iranienne et française d'approche diagnostique et thérapeutique de quelques situations types en soins primaires au cabinet de médecine générale……80
3.4.5.1. « Situation 1 : Patient Asthénique ……..……80
3.4.5.2. « Situation 2 : Découverte et prise en charge d'un diabète de type II……85
3.4.5.3. « Situation 3 : Adolescence face à la contraception……..88
3.4.5.4. « Situation 4 : Hématurie aigue isolée……..89
3.4.5.4.1. La différence de ces deux prises en charge…….....89
3.4.5.4.1.1. Le projet d'intervention……..…..89
3.4.5.4.1.2. Le projet diagnostique……..89
3.4.5.4.1.3. Le projet thérapeutique……..……..90
3.4.5.4.1.4. Le suivi……..90
3.4.5.5. « Situation 5 : Femme de 58 ans venant consulter pour un bilan de santé……..…91
3.4.5.5.1. Rappel : Bilans de santé chez un individu donné…….91

4. ADÉQUATION ENTRE FORMATION ET PRATIQUE MÉDICALE DANS CES DEUX PAYS……93
4.1. EN IRAN……..……..93
4.1.1. La formation de généraliste……93
4.1.1. La formation de médecin de famille……93
4.2. EN FRANCE : la formation de médecine générale……...93

CONCLUSION ET PERSPECTIVES……...95

BIBLIOGRAPHIE……..……98

ANNEXES……..……103
Annexe I. : DÉTAILS DE PROGRAMME DES ÉTUDES EN MÉDECINE ...104
I.I. Détails de Programme de première étape……..……105
I.I.I Module de cours généraux……..……105
I.I.II. Module de sciences fondamentales et cours spécifiques.....105
I.I.III. Programme de première étape par semestre……107
I.II. Détails de Programme de deuxième étape : Cours spécialisé de troisième année (physiopathologie, sémiologie……...109
I.III. Détails de Programme de troisième étape: stage hospitaliers l'externat (4ème et 5ème années)…… 110
I.IV. Détails de Programme de quatrième étape : Stage d'Internat 6ème année……....111

AnnexeII. EBM……....112
Tableau II.I Niveau de preuve scientifique fourni par chaque étude…..112

Annexe III : « MEDECINE DE FAMILLE » EN IRAN EN IMAGES…..……...113
Image 1. Programme de « médecin de famille » ……....113
Image 2. Médecin de Famille : en soins ambulatoires en milieu rural. .114
Image 3. Consultation de Médecin de Famille en maison de santé (pluridisciplinaire) rurale……...114

LISTES DES MATIÈRES……..…… 115

VU

NANCY, le **6 octobre 2011**
Le Président de Thèse

Professeur J. HUBERT

NANCY, le **6 octobre 2011**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 3796

NANCY, le 10/10/2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RESUME

La diversité des besoins de santé de chaque société influence la formation et les pratiques médicales. Nous avons comparé cette différence entre deux pays : l'Iran et la France, pour réfléchir à un modèle conceptuel des pratiques spécialisées en médecine générale, en référence à des standards internationaux. Dans cet objectif, nous avons évalué l'adéquation de ces deux systèmes éducatifs aux pratiques correspondantes, et mis en lumière les expériences réussies de ces deux modèles.

Le modèle actuel iranien de formation, formant en 7 ans des médecins répondant dans un contexte de pénurie médicale à des besoins de soins immédiats, se dirige vers une spécialisation : la « médecine de famille », développant prévention et éducation du patient. Le modèle de formation français, plus adapté à une médecine générale spécialisée, est orienté vers une prise en charge globale d'un patient souvent chronique dans la durée , mais s'oriente également vers la prévention et l'éducation du patient. Le modèle iranien de formation a pour avantages d'inciter les étudiants à une ouverture internationale, et de permettre une promotion du médecin généraliste par la formation médicale continue (FMC).

***Mots clés** : médecine générale, Formation, pratiques médicales, médecin de famille, Iran, France.*

SUMMARY

Disparity of health care needs in different societies influences their medical education program and general practice. We compared these differences in two countries: Iran and France to figure out a concept for specialized practice in general medicine, according to international standards. Though, we evaluated the adequacy of these two education methods in achieving their predetermined goals in medical practice, trying to bring out the success of each model. The current Iranian educational model trains general practitioners in 7 years responding to the need for medical workforce in acute primary care; however it goes forward to be specialized in family medicine, improving prevention and patient education. The French model seems better adapted for training specialized general practitioners, considering global and chronic medical care aspects, encouraging prevention and patient education. The Iranian model prepares medical students for international communications, and facilitates improving medical practice by their Continuing Medical Education program (CME).

Keywords: General medicine, education, medical practice, family medicine, Iran, France.