



HAL
open science

La formation des internes en médecine générale en Turquie : mise en parallèle avec la France. Exemple d'Izmir et de Nancy

Hayriye Metin

► **To cite this version:**

Hayriye Metin. La formation des internes en médecine générale en Turquie : mise en parallèle avec la France. Exemple d'Izmir et de Nancy. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. hal-01734144

HAL Id: hal-01734144

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734144>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

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

Par

Hayriye METIN

Le 4 Mai 2011

**La formation des internes en médecine
générale en Turquie:
Mise en parallèle avec la France.
Exemple d'Izmir et de Nancy.**

Examineurs de la thèse :

M. ROLAND Jacques	Professeur	Président
M. BRAUN Marc	Professeur	Juge
M. HUBERT Jacques	Professeur	Juge
M. AUBREGE Alain	Professeur	Juge
Mme GULDAL Dilek	Professeur	Invitée d'honneur

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen 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

Asseseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} 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 - 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 - 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 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 - Paul SADOUL - Daniel
SCHMITT

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

Michel WEBER
=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

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

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

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

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

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

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

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

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

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

1^{ère} 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

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

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

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

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI
Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

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

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

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

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

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

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

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

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

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

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

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

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

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

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

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

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

1^{ère} 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

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

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

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

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

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

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

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

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

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

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

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

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

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

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

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Nicolas JAY

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

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

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

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

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

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

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

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

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

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

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

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

65^{ème} 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

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

Docteur Paolo DI PATRIZIO

Docteur Sophie SIEGRIST

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGÉ Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND – Professeur Michel STRICKER Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Michel VIDAILHET



DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972) <i>Université de Stanford, Californie (U.S.A)</i>	Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>
Professeur Paul MICHIELSEN (1979) <i>Université Catholique, Louvain (Belgique)</i>	Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) <i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>
Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982) <i>Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)</i>	Professeur James STEICHEN (1997) <i>Université d'Indianapolis (U.S.A)</i>
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)</i>
Harry J. BUNCKE (1989) <i>Université de Californie, San Francisco (U.S.A)</i>	
Professeur Daniel G. BICHET (2001) <i>Université de Montréal (Canada)</i>	Professeur Marc LEVENSTON (2005) <i>Institute of Technology, Atlanta (USA)</i>
Professeur Brian BURCHELL (2007) <i>Université de Dundee (Royaume Uni)</i>	

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Jacques ROLAND,

Professeur Émérite d'Anatomie

Doyen Honoraire de la Faculté de Médecine

Chevalier de l'Ordre National de la Légion d'honneur

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Officier de l'Ordre des Palmes Académiques

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

Nous avons eu la chance de bénéficier durant notre cursus de votre enseignement.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance, de notre admiration et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Marc BRAUN,

*Professeur d'Anatomie (Option clinique, Radiologie et Imagerie Médicale)
Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques*

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

La qualité de votre enseignement a marqué nos esprits.

Nous vous exprimons notre reconnaissance et notre profond respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Jacques HUBERT,

Professeur d'Urologie

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

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre considération.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Alain AUBREGE,

Professeur Associé de Médecine Générale

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail, et pour tous les conseils que vous nous avez prodigués.

Vous nous avez fait bénéficier de vos connaissances durant notre formation.

Nous vous exprimons notre sincère reconnaissance et notre profond respect.

A notre Maître et Juge,

Madame le Professeur GULDAL Dilek,

Professeur de Médecine Générale

Merci d'avoir accepté de nous aider dans ce travail, et surtout de militer en faveur d'une médecine générale turque de haute qualité.

Nous vous exprimons toute notre gratitude et notre plus profond respect.

A toute l'équipe du Département de Médecine de Famille de la
Faculté de Médecine de l'Université Dokuz Eylul à Izmir,

Merci pour votre accueil et votre extrême gentillesse ! Vous m'avez été d'une
aide précieuse et je vous en suis infiniment reconnaissante.

A ma famille,

A mes parents, merci pour votre soutien sans faille, votre présence en toute circonstance, l'amour inconditionnel que vous nous portez. C'est grâce à vous que nous en sommes là, que j'en suis là. J'admire votre courage, et je suis fière de vous. Vous êtes ma force.

A mes frères, Erkan et Serkan, merci de votre présence et de votre amour. Que notre complicité dure toute la vie. Je vous aime les garçons, et je serai toujours là. Vous êtes ma fierté.

A Vanessa, merci pour ta gentillesse, pour le bonheur que tu apportes à mon frère, et surtout pour le merveilleux cadeau que tu nous as fait.

A Emre, tu es le rayon de soleil qui a illuminé notre vie, le bonheur de notre famille. Je n'aurais pas pu rêver d'un neveu plus adorable. Je t'aime mon petit chéri, et te souhaite une vie pleine de bonheur.

A mon grand-père Dursun, tu étais l'incarnation même de la gentillesse et de l'honnêteté. Merci pour l'amour que tu nous portais. Je suis heureuse d'être la petite fille d'une aussi belle personne.

A ma grand-mère Pembegul, merci pour ton soutien et pour ta gentillesse. Tu as toujours été d'une extrême bienveillance à notre égard, nous t'aimons fort.

A mes grands-parents, la « grande Hayriye » et Mustafa, je sais que vous étiez fiers de nous malgré tout, on ne vous oubliera pas.

A mes tantes Yurdan, Ugurcan, Songul, Sengul et mon oncle Bulent, merci pour votre présence, votre soutien, et votre bonne humeur.

A mes cousins Sertan et Dogukan, et mes cousines Nilsu, Serap, Selda, et Ilksen, et à tous ces moments partagés ensemble.

A mes amis,

A Sanae, merci de m'avoir accompagné durant toutes ses années, dans mes bons et mes mauvais moments. Nous avons « grandi » ensemble. Je te souhaite le plus grand bonheur avec ton mari Jaafar, votre petite puce Emna et sa future petite sœur !

A Laurence et Félicie, c'est grâce à la médecine générale que j'ai pu vous connaître ! Alors je la remercie infiniment ! Merci d'être à mes côtés et pour votre amitié sincère. Qu'elle dure éternellement !

A Loubna, à ta bonne humeur, et ton écoute, je suis heureuse de reprendre nos bonnes vieilles habitudes. Merci à **Genna** pour ta gentillesse, ta joie de vivre, et de penser à nous ! je vous souhaite un bonheur infini avec votre petite Sara.

A Catherine, à ton énergie, ton petit grain de folie qui rejoint le mien, ton amitié, et à nos prochaines aventures ma petite Doris !

A Emilie, merci pour ta joie, ton dynamisme, et ton soutien. A notre côté méditerranéen qui peut parfois surprendre! Je te souhaite plein de bonheur avec Remi!

A Erick, mon ex chef et meilleur chef! Merci pour ton écoute, et ton soutien qui compte beaucoup pour moi. Que notre amitié dure longtemps.

A Taija, Laurent et mini muru ! Je suis heureuse de vous avoir comme amis, merci pour votre gentillesse et votre spontanéité. Et surtout, je suis extrêmement contente d'accueillir le petit Victor après toutes ces aventures. Je vous souhaite une vie heureuse à tous les 3.

A Christina, j'ai de la chance de t'avoir rencontrée. A toutes ces soirées verdunoises qui resteront inoubliables. Et merci pour avoir été présente quand il le fallait, je n'oublierai pas. Je te souhaite le bonheur avec un grand B avec tes hommes.

A Antoine, le chef le plus « charismatique » que j'aie eu ! Toi, Sinan et Romain avez égayé mon stage de neurologie ! A tous ces bons moments passés ensemble, merci.

A Sinan et Anne Claire, et votre petite fille que je n'ai pas encore eu la chance de rencontrer. J'espère que nous aurons l'occasion de nous voir davantage. Merci pour votre amitié sincère et votre gentillesse.

A Romain, mon autre ancien chef de neurologie. Tu m'as appris beaucoup de choses, merci pour tout. A bientôt sur Epinal !

A papa Clément et maman Pauline, et à la petite Capucine ! J'ai hâte de vous revoir !

A Marie Carole et Chloe, et nos futurs apéros. Je vais pouvoir me joindre à vous désormais !

A Sandrine et Véro, et nos « soirées filles » avec Catherine, qui sont un vrai bonheur pour moi! J'ai de la chance de vous connaître.

A Badja et Rachida, à nos weekends passés et futurs ! Et surtout nos fous rires dans le train ! A refaire vite.

A Jérémie et Ludo, le gaulois et le romain, le duo de choc ! Merci pour votre bonne humeur les garçons!

A Audrey, et à notre futur cours de salsa ! On va finir par y arriver !

A Diane, alias Jean Luc ! A nos aventures arcoises et à ce weekend tant attendu !

A Anne et Vincent, ainsi que Pierre et Caroline. Merci pour tous ces weekends où nous avons bien ri. Vivement la suite !

A Habibe, nos aventures parisiennes et strasbourgeoises !

A Fabien, Kelly, Jeremy, Carine, Valérie, Florent, Milouz, Aurélien, Anna, Yassine, Alex, à tous mes amis de Turquie, et tous ceux qui ont partagé un moment de ma vie,

J'ai de la chance de vous avoir tous à mes côtés...Merci à tous et pour tout.

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".

SOMMAIRE

SOMMAIRE	19
INTRODUCTION	24
PREMIERE PARTIE	27
I. PRESENTATION GENERALE DE LA TURQUIE	28
1. Données géographiques	28
2. Découpage administratif	28
3. Données démographiques	29
II. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE EN TURQUIE ET PLACE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES	30
1. Les soins de santé primaires : définition	30
2. Organisation du système de santé de la Turquie	32
2.1. La loi 224 sur la socialisation des services de santé	32
2.2. Le Programme de Transformation de la Santé	34
III. LA MEDECINE GENERALE EN TURQUIE	37
1. Naissance de la médecine générale dans le monde et en Turquie	37
2. Les sociétés savantes	39
2.1. Internationales	39
2.2. Turques	42
3. Le médecin généraliste en Turquie : Modes d'exercice et fonctions	45
IV. LA FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES EN TURQUIE	49
1. Le cursus de base en médecine	49
1.1. Accès aux études médicales	49
1.2. Organisation générale des études	50
2. La spécialisation en médecine de famille	54
2.1. Accès à la spécialisation : le concours de spécialité en médecine	55
2.2. Le cadre réglementaire de l'internat de médecine générale	57
2.3. La formation universitaire en médecine	58
2.4. La formation non universitaire des internes en médecine générale	59
3. La formation de la période de transition	60
4. Le service obligatoire	61

DEUXIEME PARTIE	63
I.MATERIEL ET METHODE	64
1. Les motivations de l'étude	64
2. La méthode	64
3. Réalisation des entretiens	70
4. Transcription et analyse des données	70
II.RESULTATS	71
1. Présentation d'Izmir et lieux de formation des internes en médecine générale	71
2. La formation universitaire des internes en médecine générale	71
2.1. Présentation de la Faculté de Médecine de l'Université du 9 Septembre	71
2.2. Présentation du département de médecine générale de la Faculté de Médecine de l'Université du 9 septembre	72
2.3. Organisation de la formation des internes en médecine générale	78
3. La formation non universitaire	101
3.1. Organisation générale de la formation et cadre légal	101
3.2. Formation théorique	102
3.3. Les stages hospitaliers	102
3.4. L'évaluation	103
3.5. Validation du cursus	103
4. Les problèmes	104
4.1. Les problèmes de la formation en général	104
4.2. Les problèmes de la formation à la faculté	109
5. Ressenti et attentes des internes en médecine générale	111
5.1. Les attentes de la spécialisation	111
5.2. Ressenti sur la formation théorique	112
5.3. Ressenti sur les stages hospitaliers	112
5.4. Ressenti sur le stage de médecine générale	113
5.5. Les projets des internes	114
5.6. Ressenti global sur la formation	114
6. Les projets	115
6.1. Nouveau centre	115

6.2. Projet européen sur la méthode de formation sur le terrain à la prévention	116
DISCUSSION	117
I- ANALYSE CRITIQUE DE L'ETUDE	118
II- CONFRONTATION DES RESULTATS OBTENUS A LA FORMATION DES INTERNES EN MEDECINE GENERALE DE NANCY	119
1. Hétérogénéité de la formation des médecins généralistes turcs	119
2. Hétérogénéité dans la spécialisation en médecine générale	120
3. Les responsables de la formation en médecine générale et le statut des enseignants	121
4. Accès à la formation de spécialité en médecine générale	123
5. Les internes en médecine générale	124
5.1. Le statut	124
5.2. Les effectifs	125
5.3. Choix de la discipline	126
5.4. Les profils des internes	126
6. Comparaison du déroulement de la formation des internes en médecine générale à Izmir et Nancy	127
6.1. Une organisation générale proche au niveau universitaire	127
6.2. La maquette de stages : la répartition entre secteur ambulatoire et secteur hospitalier	128
6.3. Les activités d'enseignement du département de médecine générale	129
6.4. Le stage de médecine générale	142
6.5. Les stages hospitaliers	146
6.6. Les gestes techniques	148
6.7. Intégration des internes d'Izmir aux activités du département	149
6.8. Les méthodes d'enseignement	150
6.9. Le suivi de la formation	153
6.10. Les évaluations	154
6.11. La validation du cursus	156
7. Le post internat	158
7.1. Les formations complémentaires en France	158

7.2. Le Service Obligatoire en Turquie.....	158
8. Le ressenti et les attentes des internes en médecine générale à Izmir.....	159
9. La médecine générale en 2 ^{ème} cycle.....	161
10. Les problèmes.....	162
10.1. En Turquie.....	162
10.2. En France.....	165
IV. SYNTHÈSE	167
CONCLUSION	169
ANNEXES	173
TABLE DES ILLUSTRATIONS	201
GLOSSAIRE	203
BIBLIOGRAPHIE	206

INTRODUCTION

La Déclaration d'Alma Ata en 1978 vise pour la première fois la nécessité urgente de mettre les soins de santé primaires au cœur des systèmes de santé pour améliorer le niveau de santé de la population mondiale, et lance le projet ambitieux de la « Santé pour tous en 2000 » (1). Les médecins généralistes, constituant dans la majorité des cas le premier point de contact entre les individus et les systèmes de santé, en sont les principaux acteurs. Leur niveau de formation détermine leurs compétences donc la qualité des soins primaires, comme l'a largement démontré la littérature internationale (2). Le renforcement de la formation spécifique en médecine générale est apparu essentiel, de même que la définition exacte du rôle du médecin généraliste.

Différentes approches de la médecine générale ont été avancées, pour finalement aboutir à un consensus en 2002 avec la définition de la WONCA Europe. La médecine générale-médecine de famille y est décrite comme « une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques » et « une spécialité clinique orientée vers les soins primaires (3).

Parallèlement, au sein de l'Union Européenne, les Etats membres tendent à harmoniser la formation médicale dans le but d'améliorer la qualité des soins mais surtout de faciliter la libre circulation des médecins (4) (5).

En France, la médecine générale est reconnue comme une spécialité médicale par la loi du 17 janvier 2002 et le Diplôme d'Etudes Spécialisé (DES) est instauré par l'arrêté du 22 septembre 2004, dont l'accès est soumis à l'Examen Classant National (ECN), au même titre que les autres disciplines. La Filière Universitaire de la Médecine Générale est mise en place en 2008, marquant le début de l'ère académique.

En Turquie, la médecine de famille a accédé au rang des spécialités en 1983, et son enseignement a débuté en 1985. Elle est devenue une discipline universitaire en 1993, par la légalisation de la création de départements de médecine générale au sein des facultés de médecine (7). Le pays étant dans un processus d'adhésion à l'Union Européenne, la formation a subi de profonds changements afin de s'aligner aux directives européennes.

C'est dans ce contexte qu'il nous a semblé intéressant de mener une étude sur la formation des internes en médecine générale en Turquie, afin de mettre en parallèle cette formation avec celle de la France, dans le but de déterminer les points

communs et divergents d'une part, et de voir quels sont les problèmes rencontrés et les solutions apportées ainsi que les projets d'amélioration de la formation d'autre part. Nous avons décidé de prendre comme exemple la formation des internes en médecine générale à Izmir, pour la comparer à celle de Nancy.

PREMIERE PARTIE

I. PRESENTATION GENERALE DE LA TURQUIE

1. Données géographiques

La Turquie est un pays eurasiatique, située en Asie à 97 % (Anatolie), où se trouve la capitale Ankara, et à 3% en Europe (Thrace orientale). Cependant, 17% de la population vit sur le sol européen. Sa superficie est de 769 604 km² (8).

Elle est entourée par huit pays (la Grèce, la Bulgarie, la Géorgie, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, l'Iraq, l'Iran et la Syrie) et est bordée par la Mer Noire au nord, la Mer Egée à l'Ouest, et la Mer Méditerranée au sud.

La Thrace orientale est séparée de l'Anatolie par la Mer de Marmara, et les détroits du Bosphore à l'Est, et des Dardanelles à l'Ouest.

2. Découpage administratif

Le territoire national est organisé en 7 régions (« bolge » en turc) qui sont les suivantes : la région Egéenne, la région de la Mer Noire, la région de l'Anatolie centrale, la région de l'Anatolie Orientale, la région de Marmara, la région Méditerranéenne, et la région de l'Anatolie du Sud Est. Elles sont divisées en 81 provinces (« il »). Chaque province est elle-même découpée en districts urbains et ruraux (« ilçe ») soit un total de 957 districts.

Les provinces ont le même nom que la capitale provinciale, à l'exception de Hatay dont la capitale est Antakya.



Figure 1 : cartographie des provinces de la Turquie.

3. Données démographiques

En 2009, la Turquie compte au total 72 561 312 habitants. Les provinces les plus peuplées sont : Istanbul (12,9 Millions d'habitants), Ankara (4,6 Millions), Izmir (3,8 Millions), Bursa (2,5 Millions), Adana (2 Millions) et Konya (1,9 Millions) (8).

La population est en constante augmentation. En effet, le nombre d'habitants a été multiplié par plus de 5 entre 1927 (13 648 270 habitants) et 2009 (8).

En ce qui concerne la répartition entre le milieu rural et citadin, la tendance s'est inversée depuis le début du siècle. Ainsi, en 1927, les villages accueillait 75% de la population contre 25% en ville. Aujourd'hui, c'est le contraire, 75% de la population turque est citadine.

L'âge médian de la population en Turquie est de 28,77 ans en 2009 (8). En France, il est estimé à 38,8 ans en 2010 (9). En 2009, 26% de la population turque a entre 0 et 14 ans, 67% entre 15-64 ans et 7% a plus de 65 ans (8). En France, on estime en 2009 que 18,5% de la population a entre 0 et 14 ans, 65% a entre 15 et 64ans, et 16% plus de 65 ans (9). La population turque est donc globalement plus jeune, avec un âge médian inférieur de 10 ans à celle de la France. De plus, la proportion de la population de plus de 65 ans est plus importante en France, représentant le double de celle de la Turquie où elle tend cependant à augmenter.

L'espérance de vie à la naissance pour un homme est de 71,4 ans, et pour une femme de 75,8 ans en 2008 (10), donc largement inférieure à celle de la France, où,

en 2010, selon les données de l'INSEE, on estime l'espérance de vie d'un homme à la naissance à 78,1 ans et celle d'une femme à 84,8 ans (9). Il y a une différence de près de 10 ans entre les 2 pays, et ce malgré une nette progression à ce niveau en Turquie ces dernières années, grâce aux politiques de santé.

D'après les données statistiques de 2009 (8), les femmes représentent 50,25% de la population et les hommes 49,75%. Ce pourcentage a peu évolué depuis 1935.

En Turquie, en 2008, le taux de natalité est de 17,8‰ habitants, et le taux de mortalité de 6,4‰ (10). En France, la même année, le taux de natalité est de 12,9‰ et de mortalité à 8,5‰.

II. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE EN TURQUIE ET PLACE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

1. Les soins de santé primaires : définition.

Selon la définition de la WONCA Europe en 2002, la médecine générale-médecine de famille est une « spécialité clinique orientée vers les soins de santé primaires » et, est « habituellement le premier contact avec le système de soins » (3).

L'OMS décrit le système de santé comme « l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé » (11) et les soins de santé primaires comme « des soins de santé essentiels rendus universellement accessibles aux individus et aux familles au sein de leur communauté par des moyens acceptables pour eux et à un coût que les communautés et le pays puissent assurer » (12) et comme étant « le premier niveau de contact (...) avec le système national de santé » (1).

C'est en 1978 que les soins de santé primaires ont pris une place importante sur la scène internationale. Ils sont devenus l'une des politiques clés de l'OMS lors de l'adoption de la Déclaration d'Alma Ata dont l'objectif était de garantir la « santé pour tous en l'an 2000 » (1).

Plusieurs études ont démontré l'importance du développement du système de soins primaires. Macinko et Al en 2003 a étudié les données de l'OCDE de 1980 à 1998, et démontre que l'importance portée aux soins de santé primaire est inversement associée à la mortalité toutes causes confondues (2).

Dans le rapport sur la santé dans le monde de 2008 consacré aux soins de santé primaires, l'OMS insiste sur la nécessité de « mettre l'individu au centre des soins de santé » (13).

La dénomination de soins primaires (« primary care ») est utilisée surtout dans la littérature internationale mais peu en France. L'institut de recherche et de documentation en économie de la santé ou IRDES définit trois types d'approches des soins primaires (14) :

- Les soins primaires définis comme un niveau de soins, avec un système de soins organisé selon une logique hiérarchique avec trois niveaux. Le 1^{er} niveau constitue la porte d'entrée dans le système et est représenté par les soins primaires. C'est un stade indifférencié. Il doit couvrir 90% des problèmes de santé. C'est le médecin généraliste qui assure la fonction de « gate keeping » ou gardien de la porte. Le niveau secondaire regroupe la médecine spécialisée au sens large, c'est-à-dire en ville et à l'hôpital. Le niveau tertiaire correspond à la médecine de haute technologie (hôpitaux universitaires).

- Les soins primaires définis selon un ensemble de fonctions et d'activités, c'est-à-dire comme des soins ambulatoires et directement accessibles, généralistes et centrés sur l'individu dans son contexte familial et social ; ou dans le sens d'une prise en charge de problèmes communs, dans une approche intégrée avec prise en compte de tous les aspects sociaux et économiques de la maladie, et orientation vers des soins spécialisés si nécessaires.

- Les soins primaires définis selon les professionnels qui offrent des services : ceux-ci établissent le premier contact du patient avec le système de santé. Traditionnellement, c'est la médecine générale qui représente les soins primaires mais pour certains auteurs, d'autres professionnels peuvent intervenir aussi comme les gynécologues ou les pédiatres par exemple.

L'amélioration du niveau de santé passe par l'amélioration de l'offre de soins de santé primaires. Le médecin généraliste en tant qu'acteur principal joue un rôle majeur. Il occupe donc une place capitale dans le système de santé.

2. Organisation du système de santé de la Turquie.

Depuis de nombreuses années, la Turquie est candidate à l'entrée dans l'Union Européenne. Ceci influence l'organisation du paysage politique dans différents domaines, y compris le domaine de la santé.

Le système de santé en Turquie a été entièrement réformé en 2004 dans le cadre du « Programme de Transformation de la Santé ». Il était organisé jusque là selon la « loi 224 sur la socialisation des services de santé » votée en 1961, qui a établi les bases du système de santé actuel (15).

2.1. La loi 224 sur la socialisation des services de santé

C'est l'une des plus importantes réformes du système de santé turc. Elle est votée en 1961 et son application s'étend à tout le territoire à la fin de l'année 1983. Par rapport à la politique des années précédentes, le but à cette période est de fournir des services de santé intégrés selon une structure « horizontale » (15) et surtout de réorganiser les services du niveau de premier recours en les plaçant au cœur du système de santé (16) (7).

La loi est basée sur des principes suivants, qu'on retrouvera plus tard en 1978 lors de la Conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires (1) :

- Continuité et équité : tout le monde doit bénéficier d'un service de santé, à tout moment et partout. L'un des objectifs est d'étendre l'offre de soins à tout le territoire jusque dans les zones les plus isolées. La population doit pouvoir y accéder sans avancer d'argent.
- Intégrité : tous les besoins sanitaires d'une zone déterminée doivent être assurés, qu'ils relèvent du curatif ou du préventif.
- Coordination de soins : passage initial par un service de santé de premier niveau de recours qui adresse si nécessaire vers les autres niveaux. Le but est de diminuer la charge de travail des hôpitaux et d'assurer un meilleur suivi.
- Organisation populationnelle, avec instauration d'un système de « poste de santé » basé sur le nombre d'habitants. La création de postes de santé avait débuté dans les années 1940 mais l'organisation était plutôt territoriale.

- Offre de soins basée sur le travail en équipe, avec le médecin comme responsable (7) (16).

Ainsi, dans les villages, sont établis des maisons et des postes de santé :

- Les « maisons de santé » se trouvent à l'extrémité du système d'offre de soins, et y exerce une sage femme qui est responsable de la santé maternelle et infantile. Une maison de santé couvre une population de 2500 habitants.

- Les « postes de santé ruraux » ayant la charge d'une population de 5000 à 10 000 habitants, emploient une équipe constituée d'un « praticien » qui est un médecin diplômé de la faculté de médecine après avoir suivi les six années de formation du tronc commun sans spécialisation, une infirmière, deux sage femmes et un officier de santé.

Dans les zones plus denses, on distingue :

- Les « postes de santé territoriaux » responsables d'une population de 10 000 à 30 000 habitants, et où travaillent plusieurs médecins, deux dentistes, un pharmacien, plusieurs officiers de santé, un technicien responsable de la santé de l'environnement, un technicien de laboratoire, des infirmières et des sages femmes.

-Les « postes de santé des provinces » composés de 26 personnes.

Tous délivrent des services de soins curatifs et préventifs (7) (16). La prévention est un élément important de la réforme. Elle a d'ailleurs toujours été au cœur des préoccupations des politiques depuis la proclamation de la République.

Ces maisons et postes de santé constituent le premier niveau de recours du système de soins, et sont rattachés à la direction provinciale de la santé, via les instances locales. Le deuxième niveau de recours est représenté par les hôpitaux publics. Ainsi dans chaque province, le système d'offre de soins est structuré selon deux niveaux de recours, définissant le parcours de soins. Le troisième niveau de recours étant les hôpitaux de formation et de recherche et les CHU, mais toutes les provinces n'en sont pas dotées.

Cependant cette réforme de l'organisation des soins n'a pas rencontré le succès escompté en raison de plusieurs facteurs dont, entres autres, le manque de médecins formés spécifiquement à la médecine de premier recours, le manque de

ressources humaines du fait d'une mauvaise répartition, le déficit en équipement de certains postes de santé surtout en milieu rural, les habitudes de la population se dirigeant prioritairement vers le système ambulatoire hospitalier et non vers les postes de santé, et la mauvaise gestion du financement (16) (17). Dès 1985, le mauvais fonctionnement du système est une évidence.

De nombreux travaux sont donc menés depuis le début des années 1990, et les tentatives de réforme n'aboutissent pas favorablement. Six ministères de la santé se sont succédés entre 1993 et 1997 (15).

2.2. Le Programme de Transformation de la Santé.

Au début des années 2000, de nombreux problèmes persistent dans le domaine sanitaire. Comme le précise un rapport de l'OMS (18), le système de santé turc est un système très « morcelé ». En effet, les services de santé du premier niveau de recours sont assurés par des organismes divers : publics, semi-publics, privés, caritatifs, et gérés par le Ministère de la Santé, le Ministère de la Défense, les universités et les professionnels privés de la santé. Leurs relations ne sont pas bien structurées. Le système de santé turc est surtout le résultat du développement historique plutôt qu'un processus planifié et rationnel (15).

Le système de financement de la santé est également concerné, comprenant quatre programmes de financement : le « SSK » ou fonds d'assurance-santé pour les travailleurs du secteur formel, le « Bag-Kur » ou fonds d'assurance-santé pour les artisans et travailleurs libéraux, « Emekli sandigi » ou fonds d'assurance-santé pour les retraités du secteur public, le système de la « Carte Verte » ou « Yesil Kart » pour les personnes dont les revenus sont très faibles (17). Ces quatre programmes fonctionnent sur fonds publics et subventions directes des structures sanitaires du Ministère de la Santé. (18)

Les indicateurs de santé de la population n'ont pas évolué aussi favorablement que prévu. Malgré une amélioration ces dernières décennies du niveau de santé du peuple turc, celui-ci reste médiocre comparé aux autres pays de la région Europe de l'OMS avec notamment un taux de mortalité néo-natale, infantile et maternelle qui reste élevé (18).

L'urbanisation massive de ces 40 dernières décennies n'a pas été anticipée et les infrastructures au niveau des villes sont rapidement devenues insuffisantes. On note une grande inégalité d'accès aux services de santé (15), surtout en milieu rural du fait de l'éloignement des postes de santé, et du manque de moyens des habitants pour s'y rendre.

C'est dans ce contexte qu'en 2002, est présenté le « Plan d'Action d'Urgence », précisant les points sur lesquels il est nécessaire d'intervenir, et en 2003 est proposé le « Programme de Transformation de la Santé » visant à réformer complètement le système de santé (16), avec l'appui de la Banque Mondiale qui finance le projet à hauteur de 200 millions de \$US (18). L'objectif du programme est de rendre le service de santé efficace, productif et équitable (19). Il couvre huit axes principaux. Le pouvoir décisionnel est centralisé au niveau du Ministère de la Santé, chargé de l'organisation du système de soins selon un modèle intégré, c'est-à-dire horizontal, et non vertical.

L'un des points importants du programme concerne le financement. Un système de Sécurité Sociale Universelle est mis en place et regroupe les quatre programmes existant dans une seule et unique entité. La population est dans l'obligation de s'y affilier et chacun participe à hauteur de ses revenus, sous forme de prime. Ce système permet de couvrir toute la population, et donc d'intégrer les 25% de la population qui s'était retrouvée en dehors du système avant la réforme (19).

La réforme prévoit aussi le renforcement du système de soins de premier recours. Les infrastructures sont développées : augmentation du nombre des maisons de santé au niveau rural, amélioration des postes de santé, etc. Par ailleurs, les compétences du personnel travaillant en niveau de premier recours sont un élément essentiel du Programme. Ainsi, « le modèle de médecine de famille » est instauré (19), marquant une nouvelle ère dans le domaine de la santé en Turquie. Etant dans un processus d'adhésion à l'Union Européenne, la Turquie place la médecine générale au cœur du système de santé primaire (16). Ce système est surtout représenté par les postes de santé répartis sur l'ensemble du territoire, et où travaillent les praticiens, qui n'ont pas reçu de formation spécifique en médecine générale. Le nombre de spécialistes en médecine générale étant largement

insuffisant, il est décidé de mettre en place une formation pour ces derniers afin d'augmenter leurs compétences et de s'aligner aux directives européennes qui imposent une formation spécifique en médecine générale d'une durée au moins égale à deux ans pour les médecins exerçant dans un premier niveau de recours (4). Cette formation est appelée « Formation de la Période de Transition ». Ces praticiens ayant suivi la formation prennent le nom de « médecins de famille ». Des formations sont également organisées pour le personnel paramédical. Les postes de santé sont alors transformés en « centre de santé familial » où travaillent désormais des médecins de famille spécialistes ou non (20).

Ce modèle est mis en application dans une première ville pilote, Duzce, en 2005, et étendu à tout le territoire fin 2010 (21). Actuellement l'ensemble de la Turquie fonctionne selon le modèle de médecine de famille.

Pour ce qui est des compétences, l'Etat a prévu d'intervenir aussi au niveau de la formation. L'enseignement médical des six premières années d'études, mais aussi, de la spécialisation en médecine générale sont visés, par la mise en place de programmes d'enseignement en collaboration avec les représentants de la discipline, et la création d'une instance en charge de l'organisation et de la planification de la formation selon des standards, pour les médecins de famille mais aussi les autres spécialités. Dans le cadre de la formation de la Période de Transition, un programme est instauré pour tout le personnel de santé désireux de travailler dans ces centres de santé familiaux. Le développement de la formation spécifique des infirmiers dans le cadre de la médecine de premier recours selon des standards internationaux est aussi un objectif. D'autre part, des programmes de formation en gestion du système de santé à tous les niveaux sont mis en place (19).

Le domaine de la santé publique occupe une place importante dans le nouveau programme, par l'amélioration de la formation mais aussi la création des « Centres de Santé Publique ». Ceux-ci ont un rôle préventif essentiel. Ils sont destinés à participer au système de soins primaires, en mettant en pratique les programmes de prévention diffusés par le Ministère de la Santé, notamment dans le domaine de la santé maternelle et infantile, et du planning familial, mais aussi à contrôler l'activité des médecins de famille (16). A terme, l'objectif est que le niveau de premier recours

soit représenté par les centres de santé familiale et les centres de santé publique (16).

Un rapport du premier plan quinquennal a été établi en 2008 par le Ministère de la Santé montrant une nette amélioration des indicateurs de la santé (16). L'investissement dans le domaine préventif a pris une place importante : la part des dépenses concernant la prévention a été multipliée par trois, plaçant la Turquie au 5^{ème} rang des pays de l'OCDE. Le parcours de soin a aussi été amélioré, avec une diminution de 90% du nombre de patients adressés au deuxième niveau de recours (16). L'accès au système de soins au niveau des zones rurales isolées a été facilité par la mise en place d'un service de soins mobile (16).

Ainsi, l'un des piliers de ce nouveau programme est la mise en place d'un système de soins basé sur la médecine de famille qui occupe la position de « gate keeper ».

III. LA MEDECINE GENERALE EN TURQUIE

1. Naissance de la médecine générale dans le monde et en Turquie

La médecine générale est la plus jeune des spécialités médicales. Le chemin menant jusqu'à sa reconnaissance comme discipline à part entière aura été long. En effet, c'est en 1923 qu'est soulignée pour la première fois l'importance d'une médecine prenant en charge le patient dans sa globalité, par le Dr Francis Weld Peabody, devant l'évolution d'une médecine de plus en plus centrée sur la maladie que sur le malade (22).

Ce n'est que longtemps après, en 1947, qu'est fondée la première instance représentant la médecine générale aux Etats-Unis avec l'American Academy of General Practice (22). Le Royaume-Uni suit ce courant en créant en 1952 le « Royal College of General Practitioners » (22) et la médecine générale devient une spécialité médicale en 1965 (23). Aux Etats-Unis, elle le devient en 1969 et l'American Academy of General Practice prend le nom en 1971 d'American Academy of Family Physician. En 1972, la première organisation représentant la discipline au niveau mondial est créée : la WONCA, qui est l'acronyme de World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General

Practitioners/Family Physicians. On l'appelle plus communément Organisation Mondiale des Médecins de Famille ou World Organization of Family Doctors (24).

Parallèlement, une réflexion est menée au niveau international afin de définir les grands principes de la médecine générale. Dès 1974, le groupe de Leeuwenhorst est formé lors de la deuxième « European Conférence in the Teaching of General Practice », et propose une description de l'activité du médecin généraliste (25) (26). Ce groupe donnera naissance à la « European Academy of Teachers in General Practice » (EURACT) qui est l'un des trois réseaux de la WONCA-Europe (avec l'EGPRN axé sur la recherche, et l'EQUIP axé sur la qualité des soins) et marquera les débuts de l'enseignement et de la recherche en médecine générale. Le Conseil Européen élabore dans les suites la résolution 75/362/CEE (27) définissant l'omnipraticien (26). Suivront d'autres résolutions relatives à la formation des médecins généralistes et la reconnaissance des diplômes par les différents membres de l'Union Européenne (4) (5).

Divers travaux internationaux mettent en avant l'importance d'un système de santé basé sur des soins de santé primaires efficaces avec du personnel qualifié et compétent afin d'améliorer la qualité des soins. Ceci est souligné dans la déclaration d'Alma Ata en 1978 (1). Il devient alors évident que les médecins généralistes, principaux acteurs du système de santé primaire, doivent être spécifiquement formés afin d'acquérir les compétences nécessaires.

Tout ceci mène progressivement à la nécessité d'une reconnaissance de la médecine générale comme discipline médicale spécifique, ainsi qu'elle sera précisé plus tard en 2002 par la WONCA-Europe qui définit la médecine générale-médecine de famille comme « une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques (...) une spécialité clinique orientée vers les soins primaires » (3).

C'est dans cette logique, en 1983, que la médecine générale est reconnue comme spécialité médicale en Turquie et prend place dans le Règlement des Spécialités en Médecine. En 1984, est créé le premier département de médecine générale à la faculté de médecine de l'Université Gazi à Ankara mais celui-ci reste inactif (22).

En 1985, débute la formation spécifique en médecine générale, non universitaire, dans 9 hôpitaux publics de formation et de recherche, dépendant du Ministère de la Santé, à Ankara, Istanbul et Izmir (22). En 1993, le Conseil de l'Enseignement

Supérieure (YOK) autorise la création de départements de médecine générale dans les facultés de médecine. C'est à l'Université Trakya à Edirne près d'Istanbul, qu'est créé le premier département de médecine générale actif et a débuté la formation universitaire en médecine de famille (24). C'est le début de l'aventure académique pour la discipline.

En 1990, est créée l'Association des Spécialistes en Médecine de Famille en Turquie (TAHUD), qui jouera un rôle important dans le développement de la discipline.

En 2004, le « Programme de Transformation de la Santé » met la médecine familiale au cœur du système de santé primaire, reconnaissant son rôle primordial dans l'amélioration de la qualité des soins et du niveau de santé de la population(19).

2. Les sociétés savantes

2.1. Internationales

2.1.1. La WONCA

La WONCA regroupe actuellement 99 pays dans le monde entier et plus de 250 000 membres. Elle comprend 7 sous-organisations correspondant aux différentes régions mondiales : WONCA-Europe, WONCA-Africa, WONCA-North America, WONCA-Asia Pacific, WONCA-Middle East South Asia, WONCA-IberoAmericana-CIMF, WONCA-East Mediterranean Region. Son siège est actuellement à Singapour.

Elle a pour mission d'améliorer la qualité de vie de la population mondiale en développant une haute qualité de soins en médecine de famille, de promouvoir le développement d'instances académiques, de favoriser les échanges entre les organisations membres, de favoriser les activités de médecine générale dans l'enseignement, la recherche et la pratique professionnelle (23). WONCA World travaille en collaboration étroite avec l'OMS (23) et est engagée dans de nombreux projets. Elle est à l'origine de publications importantes dans le domaine de la médecine générale telle que la Classification Internationale en Soins Primaires (23). Un congrès mondial est organisé tous les trois ans, dont le dernier a eu lieu au Mexique à Cancun en 2010.

WONCA Europe est la branche régionale européenne de la WONCA. Elle comprend plus de 40 organisations membres et représente plus de 45000 médecins de famille sur le Continent (28). La Turquie via l'association TAHUD est un membre actif de la WONCA Europe depuis 2003 (22).

La section européenne de la WONCA organise une conférence annuelle ainsi que des réunions afin de mettre en route des travaux dans le but de développer la discipline au niveau professionnel, de la recherche, de la formation, de la qualité des soins (28).

Dix tâches ont été fixées par WONCA Europe, qui doivent être concrétisées par les pays membres d'ici 2010 :

- Mettre obligatoirement en place une formation en médecine générale durant les études médicales pré graduées correspondant au tronc commun, dans toutes les écoles de médecine européennes
- Mettre en place des départements de médecine générale académiques dans toutes les universités ;
- Incorporer un stage de médecine générale dans la formation post graduée ;
- Mettre en place une formation spécifique en médecine générale minimale en conformité avec les directives européennes, dans tous les pays faisant partie ou non de l'Union Européenne ;
- Continuer le développement de la recherche basée sur la médecine générale ;
- Développer la qualité de la médecine de famille par une pratique basée sur les preuves ;
- Encourager le débat sur la formation médicale continue obligatoire et la recertification ;
- Soutenir le développement d'unités de recherche et de départements de formation médicale continue ;
- Encourager l'équilibre entre les soins, la prévention, le traitement et le soin ;
- Renforcer la notion de responsabilité du médecin de famille vis-à-vis de l'individu mais aussi de la société.

WONCA Europe est composé de trois réseaux :

- EURACT ou European Academy of Teachers in General Practice a pour objectif de promouvoir la formation et l'enseignement en médecine générale à tous les niveaux ;
- EGPRN ou European General Practice Research Network est responsable de la promotion de la recherche en médecine générale dans toute l'Europe ;
- EQUIP ou European Association for Quality in General Practice a pour but comme son nom l'indique le développement de la qualité en médecine générale et est le plus jeune des trois réseaux.

Par ailleurs, elle publie l'European Journal of General Practice (EJGP) quatre fois par an (28).

Le Mouvement Vasco de Gama est un groupe de travail pour les jeunes et les futurs médecins généralistes. Ce mouvement a débuté lors d'une préconférence qui a eu lieu au Congrès Européen de la WONCA à Amsterdam en 2004 (29), et concerne les internes en médecine générale et les jeunes médecins durant les cinq premières années de leur exercice (29). Ce mouvement a des objectifs tels que favoriser les travaux internationaux entre les jeunes médecins, travailler sur les programmes de formation des internes en médecine générale, instaurer des échanges entre internes et jeunes médecins de différents pays pour permettre des échanges d'idées et de faire connaître le fonctionnement de la médecine générale dans les différents pays, par l'intermédiaire du Programme d'Echange Hippocrate, et d'augmenter l'attractivité de la discipline en faisant sa promotion (« Keep General Practice sexy ») (30) (29).

La Turquie collabore avec la WONCA à tous les niveaux, notamment en ce qui concerne la formation. En effet, elle participe activement aux échanges dans le cadre du Mouvement Vasco de GAMA (22). Elle faisait d'ailleurs partie des 11 pays ayant pris part à la pré conférence de 2004 (30).

EURACT a aidé au développement de l'enseignement en Turquie, en organisant des modules de formation qui ont préparé les futurs enseignants en médecine générale (22). Des modules spécifiques pour la formation à l'enseignement de la médecine générale sur le terrain ont également été instaurés dans le cadre des « Leonardo da Vinci-EURACT Rolling Course » (22).

2.1.2. L'UEMO

L'Union Européenne des Médecins Omnipraticiens ou UEMO est une organisation internationale représentant les médecins omnipraticiens-médecins de famille au sein de l'Union Européenne (31). Elle a été créée en 1967 et couvre 25 pays européens, dont la Turquie.

Elle a pour objectifs de :

- Développer des standards de haut niveau pour la formation, la pratique et les soins dans le champ de la médecine générale à travers l'Europe,
- Défendre le rôle de la médecine générale dans les systèmes de santé ;
- Promouvoir les intérêts éthiques, scientifiques, professionnels, sociaux, et économiques des médecins de famille, et assurer la liberté de leur pratique dans l'intérêt de leurs patients ;
- Représenter ses membres au niveau des autorités et organisations internationales européennes par les voies appropriées ;
- Coopérer avec les autres représentants européens et la région Europe de l'OMS.

Elle milite en faveur de la reconnaissance de la discipline médecine générale comme spécialité à part entière, au même titre que les autres spécialités, dans tous les pays européens, afin d'améliorer la qualité des médecins généralistes et par là même celle des services de santé (31).

2.2. Turques

2.2.1. TAHUD

L'Association des Médecins de Famille (AHUD) a été créée en 1990, par un groupe de spécialistes en médecine générale devant la méconnaissance de la discipline au niveau national. Par décision ministérielle, celle-ci a pris le nom d'Association Turque des Médecins de Famille ou TAHUD en 1998 (7).

Cette association a pour objectif principal de participer au développement de la discipline médecine de famille. Son champ d'activité est large :

- Elle travaille à l'élaboration des programmes de formation de spécialisation en médecine générale, mais aussi la formation des six premières années des études

médicales, ainsi qu'en post internat dans le cadre de la formation continue. Elle en assure le suivi et l'évaluation, par l'intermédiaire de commissions spécifiquement créées ;

- Elle prend part également aux réunions officielles pour l'organisation du cadre légal de la médecine générale et de son enseignement ;
- Elle a un rôle d'information auprès des spécialistes de la discipline ainsi que des internes, en diffusant les sujets d'actualité dans le domaine de la médecine de famille via son site internet ;
- Elle travaille à l'éducation de la population en matière de santé et fait la promotion de la discipline auprès du public ;
- Elle participe à des travaux de recherche, et organise des activités de formation pour les spécialistes de la discipline ainsi que les internes en médecine générale ;
- Elle organise régulièrement des groupes de travail auxquels les membres participent. Actuellement, une dizaine de groupes de travail s'occupent de sujets divers tels que « les guides des pathologies, de TAHUD », « la lutte contre le tabagisme », ou encore « la formation sur le terrain en médecine générale », « la formation », « le mouvement Vasco de Gama » ou encore « l'exercice dans les centres de santé », etc. (7).

Les membres de TAHUD sont constitués des spécialistes en médecine générale et des internes de la discipline, à hauteur de 85% sur l'ensemble du territoire. L'ensemble des académiciens participe aux activités de TAHUD. Début 2011, l'association comptait 1800 membres (32). Huit sous sections sont réparties sur toute la Turquie : Izmir, Istanbul, Ankara, Adana, Antalya, Bursa, Edirne, et Van (32).

L'association édite son propre magazine depuis 1997 : le « Turkish Journal of Family Practice » accessible par internet via le site www.turkailehekderg.org. Il paraît quatre fois par an. Un autre journal, le « Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care » est publié en anglais, et en version électronique uniquement, à l'adresse www.tjfmpe.com (7) (32).

TAHUD organise depuis 1993 le « Congrès National de Médecine Familiale » tous les 2 ans et depuis 2001 les « Journées Nationales de la Médecine Familiale » les années où il n'y a pas de congrès (7).

En 1998, a été crée le « Turkish Board of Family Medicine » ou TAHYK, qui est une sous section de TAHUD s'occupant de la formation en spécialité de médecine générale, et de la formation continue en post-internat. Elle est active depuis 2004. Cette commission travaille pour l'établissement de standards de la formation des internes en médecine de famille. Elle a publié ainsi le « Curriculum de la Formation en Spécialité de Médecine de Famille » et le « Carnet de l'Interne » (33).

TAHUD est aussi le représentant de la médecine générale au niveau international. Il est membre de la WONCA depuis 1995 et y occupe une part active depuis 2003, année où a été organisé le Meeting de l'EGPRN à Ankara (33). Des membres de TAHUD représentent la discipline au niveau des divers réseaux de la WONCA Europe : EGPRN, EURACT, EQUIP, EURIPA et EUROPREV. Certains ont participé aux groupes de travail de WONCA WORLD: WONCA Working Party of Mental Health, WONCA Special Interest Group of Elderly Care, WONCA Special Interest Group of Travel Health, etc. (7). L'association a organisé le Congrès Annuel de la WONCA Europe à Istanbul en 2008

2.2.2. AHAD

AHAD ou Association de l'Académie de Médecine de Famille est une jeune association créée en septembre 2007 et dont la direction est constituée de sept départements de médecine générale et d'un hôpital de formation et de recherche. Le siège est à Izmir, au niveau du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de l'Université du 9 Septembre.

Les objectifs de cette association sont tout d'abord de promouvoir la médecine de famille en tant que discipline universitaire, mais aussi de participer à son développement au niveau de la formation, de la recherche et de la qualité des soins, et de soutenir les personnes et les organisations qui travaillent dans ce sens (34). Des réunions, où des thèmes divers comme les problèmes de la discipline ou encore la formation de la Période de Transition sont abordés, et des groupes de travail sont constitués. Un site web a été mis en place en 2009 : www.tahad.org (34).

3. Le médecin généraliste en Turquie : Modes d'exercice et fonctions

Le Ministère de la Santé turc décrit la médecine générale/médecine de famille comme une discipline académique et scientifique, ayant son propre programme de formation, ses activités de recherche et des applications cliniques utilisant la médecine basée sur les preuves. Elle appartient au groupe des spécialités médicales cliniques, orientée vers les services de santé de premier niveau de recours (35).

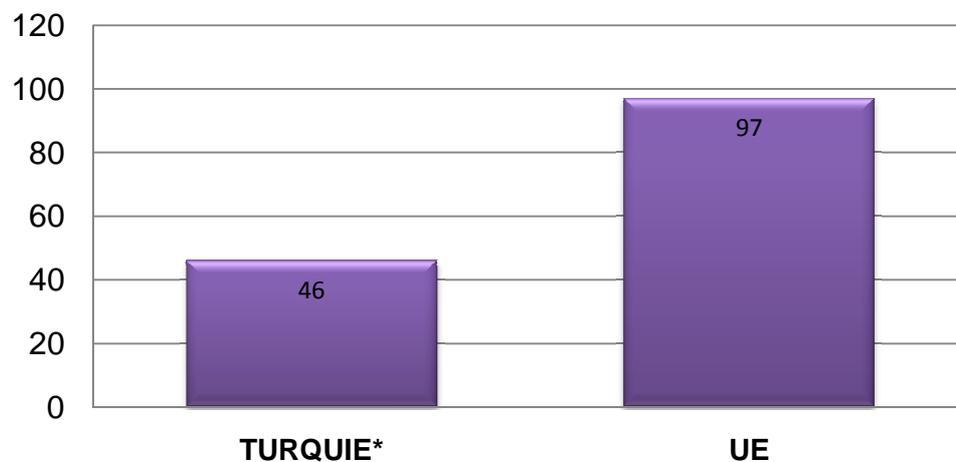
Le médecin généraliste, quant à lui, correspond à deux profils distincts :

-Le « spécialiste en médecine de famille » qui a reçu une formation post-graduée en spécialité de médecine générale (35).

-Le « médecin de famille » ou « docteur de famille » est celui qui dispense des services de médecine générale dans un centre de santé familial, c'est-à-dire le spécialiste en médecine de famille et le praticien qui n'a pas reçu de formation spécifique en médecine générale dans le cadre d'un internat, mais la formation de la Période de Transition (35).

Cette définition entre dans le cadre du modèle de médecine générale du Programme de Transformation de la Santé.

En 2010, le nombre de praticiens en activité est de 31 978, et le nombre de spécialistes en médecine de famille est de 1541 sur l'ensemble du territoire turc (36).



Graphique 1 : Nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants en Turquie et dans l'Union Européenne (36).

*Le nombre indiqué pour la Turquie représente les praticiens et les spécialistes en médecine générale, soit 44 praticiens pour 100 000 habitants et 2,12 spécialistes en médecine générale pour 100 000 habitants.

Ils sont répartis entre les établissements du Ministère de la Santé, l'Université et le secteur privé.

Tableau 1 : Répartition des praticiens et spécialistes en médecine générale entre les divers secteurs de services de santé :

	Praticiens	Spécialistes en médecine de famille
Ministère de la Santé	28101 (88%)	1150 (74,6%)
Universités	248 (0,8%)	228 (14,8%)
Privé	3629 (11,2%)	163 (10,6%)
Total	31978	1541

Les établissements de service de santé de premier recours dépendant du Ministère de la Santé sont représentés par les centres de santé de la famille, les centres de planning familial et de protection maternelle et infantile, les centres de santé publique, les dispensaires de lutte contre la tuberculose, les centres de diagnostic, de dépistage et d'éducation en cancérologie, et les stations 112 de soins d'urgences (10). 89% des praticiens et 75% des spécialistes en médecine de famille travaillent dans ces établissements en 2010.

Le nombre de patients suivis par centre de santé familial en 2008 est en moyenne de 10 572. Le passage au système de médecine de famille ne s'étant étendu à tout le territoire que fin 2010, en 2008, certaines provinces comptaient encore des postes de santé qui étaient responsable de 11 642 personnes en moyenne. Le nombre moyen de patients attribués par médecin de famille travaillant dans les centres de santé familiaux s'élève à 3461 (10).

Les modalités d'exercice et le rôle du médecin de famille au sein du centre de santé familial sont définis par le Règlement sur l'Application de la Médecine de Famille paru dans le Journal Officiel le 25 Mai 2010 (20). Dans chaque centre travaille au moins un médecin de famille spécialiste ou non, en collaboration avec au moins un

« officier de la santé » qui peut être un infirmier, une sage femme, ou un employé de santé publique (20).

Les représentants locaux du Ministère de la Santé déterminent les besoins en médecins de famille pour chaque zone géographique de telle façon que chaque médecin soit responsable de 3000 patients (34). Les centres de santé familiaux sont donc créés en fonction du nombre d'habitants. Le médecin de famille a un statut particulier : il n'est pas considéré comme un employé du secteur public, mais signe un contrat avec le Ministère de la Santé qui est son employeur. Il en est de même pour le personnel paramédical qui travaille avec lui. (20).

Les centres de santé doivent être établis selon des critères bien précis comme la surface, le nombre de pièces, la présence d'une salle d'attente, une salle d'intervention médicale, une pièce pour réaliser les examens biologiques s'il est prévu que ceux-ci soient assurés par le médecin du centre. Ils doivent être d'accès facile. Le matériel à utiliser est également bien défini, tel que stéthoscope, otoscope, mais aussi ophtalmoscope, appareil doppler fœtal portable, set d'intubation avec laryngoscope, sonde d'intubation adulte et pédiatrique, bouteille d'oxygène, appareil à ECG, stérilisateur, oxymètre de pouls, etc. (20).

Pour chaque médecin, un certain nombre de patients est attribué par la direction sanitaire locale (20). Les patients ont la liberté de changer de médecin au bout de trois mois (20).

Pour ce qui est du salaire, celui-ci est basé sur la performance du médecin. Il perçoit un salaire de base auquel est ajouté un complément selon plusieurs critères, comme le nombre de patients suivis effectivement par le médecin, le nombre de fois où ce dernier a adressé son patient à un niveau de recours supérieur, le nombre d'actes de prévention réalisés, etc. (37)

Les missions du médecin de famille sont les suivantes (19) (34) :

- prendre en charge les patients qui lui sont attribués dans leur globalité, et leur fournir des services de santé intégrés, c'est-à-dire préventifs, curatifs et de rééducation ;
- assurer un rôle de conseiller, de guide pour la santé ;

- mener des actions pour améliorer la santé de la population dont il est responsable : participer au planning familial, participer avec les autorités locales à la mise en place de plans de santé, etc. ;
- établir un premier bilan d'évaluation de la santé des personnes qu'il suit, dans les six premiers mois, en prenant contact avec eux, et si besoin en se rendant à leur domicile ;
- assurer le suivi des patients quel que soit leur âge, leur sexe, ou leur maladie, et réaliser les examens obligatoires ;
- s'assurer que les examens complémentaires peuvent être réalisés ou les réaliser lui-même ;
- actualiser les données médicales des patients qui lui sont attribués en les voyant au moins une fois par an ;
- réaliser des consultations à domicile pour les personnes qui ne peuvent se déplacer pour des raisons de santé, et organiser des consultations dans le cadre du service de consultation mobile pour les populations éloignées ;
- n'adresser les patients en deuxième et troisième niveau de recours qu'en cas de nécessité, et évaluer les retours d'information afin de permettre la coordination de la prise en charge du patient ;
- Il est responsable de la gestion du centre où il travaille, de l'évaluation de l'équipe et de sa formation.

Les données médicales sont enregistrées au niveau informatique via le programme appelé AHBS ou Système d'Information en Médecine de Famille (38). Ce programme utilise le numéro de la carte nationale d'identité et permet d'enregistrer les données du patient, le suivi de celui-ci lorsqu'il est adressé à un autre niveau de recours, etc. C'est un programme national mis en place par le Ministère de la Santé. Il permet également la communication entre les centres de santé, le Ministère de la Santé, la direction sanitaire provinciale et les centres de santé publique (38).

IV. LA FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES EN TURQUIE

1. Le cursus de base en médecine

1.1. Accès aux études médicales

En Turquie, l'ensemble du système universitaire est géré par deux organes nationaux :

-Le Conseil Inter-Universitaire : il est composé de tous les recteurs d'universités et d'un professeur par université. Il est élu par son Sénat et est chargé de fixer les normes académiques et les conditions d'obtention des diplômes.

-Le Conseil de l'Enseignement Supérieur ou « YÖK » (pour Yuksek Öğretim Kurulu ») : il a été créé en 1981. Il est constitué de 21 membres : 7 nommés par le CIU, 7 par le gouvernement et 7 par le Président de la République. Le président du conseil est directement désigné par le Président de la République parmi les membres. Il a pour rôle de proposer les budgets à accorder aux universités, de proposer la création d'universités, de facultés, d'écoles, d'instituts et de postes d'enseignant (39).

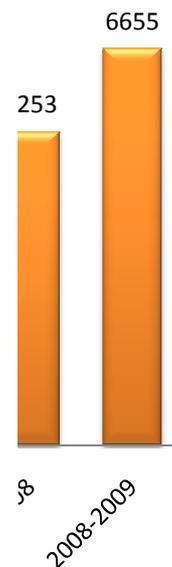
Pour accéder au système d'enseignement supérieur, les lycéens doivent passer un concours national d'entrée, annuel, géré par le Centre de Sélection et de Répartition des Etudiants (ÖSYM) qui dépend du YÖK (40). Ce concours est organisé en deux temps : un premier examen, l' « Examen de Passage à l'Enseignement Supérieur » (YGS : Yuksekogretim Geçis Sinavi) où une première sélection est faite, et qui a lieu en général au mois d'avril, et un deuxième examen, « l'Examen de Répartition en Licence » (LYS ou Lisans Yerlestirme Sinav) qui a lieu au mois de juin (40). Il se fait sous forme de QCM.

L'admission dans une formation donnée dépend du score obtenu par l'étudiant aux deux examens (39), et de son rang dans le classement national. Le nombre de poste pour chaque domaine ainsi que pour chaque lieu de formation est déterminé.

En 2009, 1 349 423 lycéens ont passé ce concours, 958 628 ont été admis dans une formation universitaire soit 71%, et suite aux choix, 786 677 (58%) ont débuté leur formation dans l'enseignement supérieur. 7536 postes étaient attribués à la

formation médicale dans les facultés de médecine, représentant environ 1% du nombre total des postes pour les études supérieures (36).

Graphique 2 : Evolution du nombre de postes réservés aux facultés de médecine (correspondant au numerus clausus en France) de 1999 à 2009 (36) :

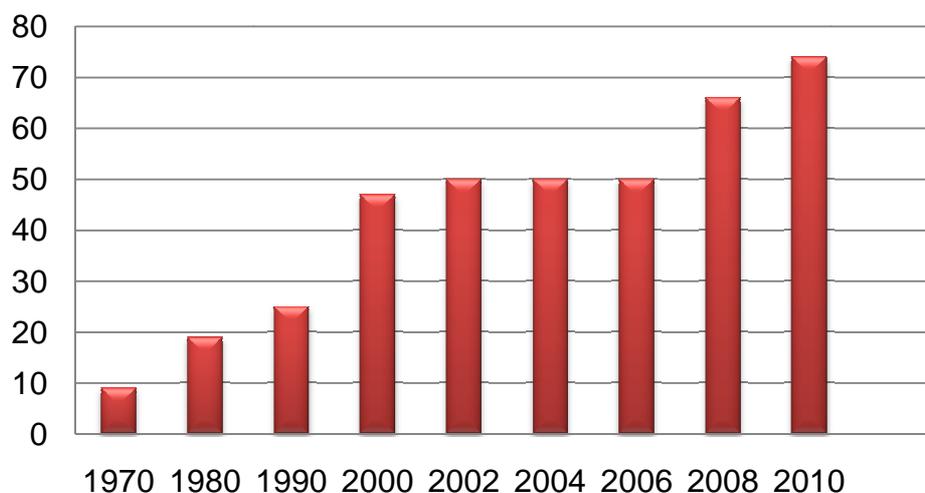


Ainsi, l'accès aux études médicales en Turquie se fait sous la forme d'un concours national non spécifique à la fin de l'enseignement secondaire, et l'étudiant peut y participer autant de fois qu'il le désire.

1.2. Organisation générale des études

La Turquie compte 74 facultés de médecine au total dont 61 dispensent une formation médicale. Ces facultés appartiennent soit aux universités publiques soit aux universités privées créées par des fondations qui sont au nombre de 11, soit à l'Université Militaire Gulhane (36). Elles sont réparties sur 46 provinces et 4 pays : la Turquie, la République Turque de Chypre du Nord, l'Azerbaïdjan et le Kazakhstan (41). Leur nombre est en constante augmentation comme le montre le graphique ci-dessous (41)

Graphique 3 : Evolution du nombre de facultés de médecine selon les années en Turquie.



En 2010, le nombre d'étudiants au total dans les facultés de médecine suivant une formation médicale de base, toutes années confondues est de 35 781 (36) avec 42,6% de femmes et 57,4% d'hommes (41).

En Turquie, la formation de base en médecine comprend six années d'études ou 5500 heures de d'enseignement théorique ou pratique, comme le définit l'Arrêté sur les Modalités de la Formation Minimum des Médecins du 2 février 2008 (42), s'appuyant sur la directive 2005/36/EC (5).

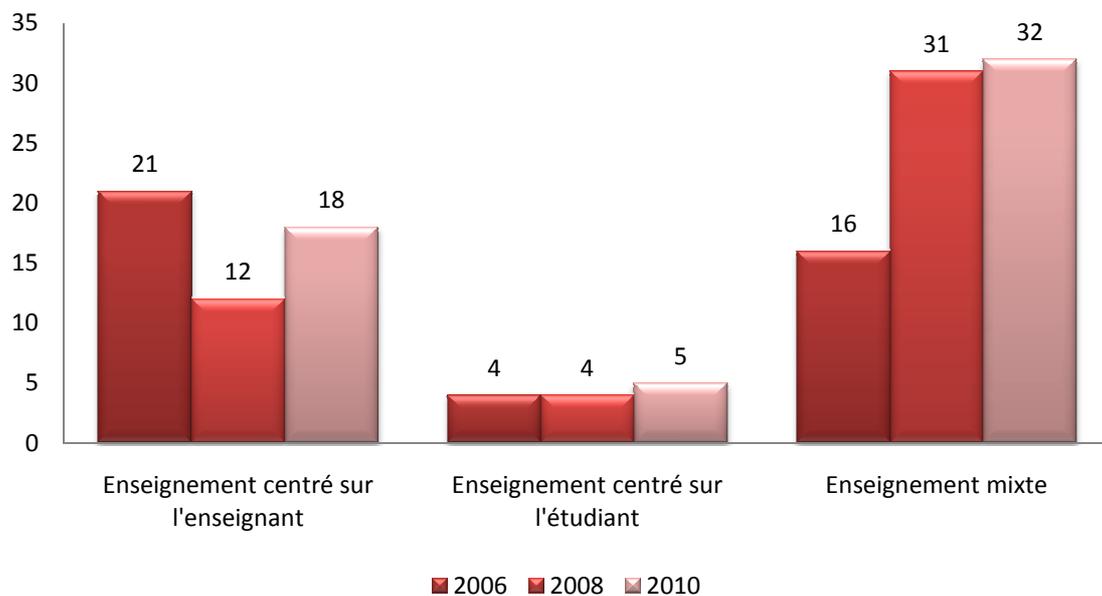
La langue habituellement utilisée pour la formation dans les facultés de médecine en Turquie est le turc, cependant celle-ci est dispensée partiellement ou en totalité en anglais dans certaines d'entre elles (15 facultés) (41).

Généralement, les deux premières années sont réservées à l'enseignement des sciences fondamentales et les trois années suivantes aux sciences cliniques, les stages débutant en 4^{ème} année. La 6^{ème} année est l'année de l' « internat ». C'est une année entièrement réservée à la pratique médicale. Il n'y a plus de formation théorique mais l'étudiant réalise un certain nombre de stages où il est responsabilisé (42). C'est une année de transition avant de débiter son activité professionnelle en tant que praticien. Dans certaines facultés, cette année peut être consacrée à la médecine de famille, comme c'est le cas, par exemple, à la Faculté de Médecine de l'Université Yeditepe à Istanbul (43). Au cas où l'étudiant abandonnerait ses études en cours de route, des diplômes peuvent lui être délivrés : Une licence en Sciences

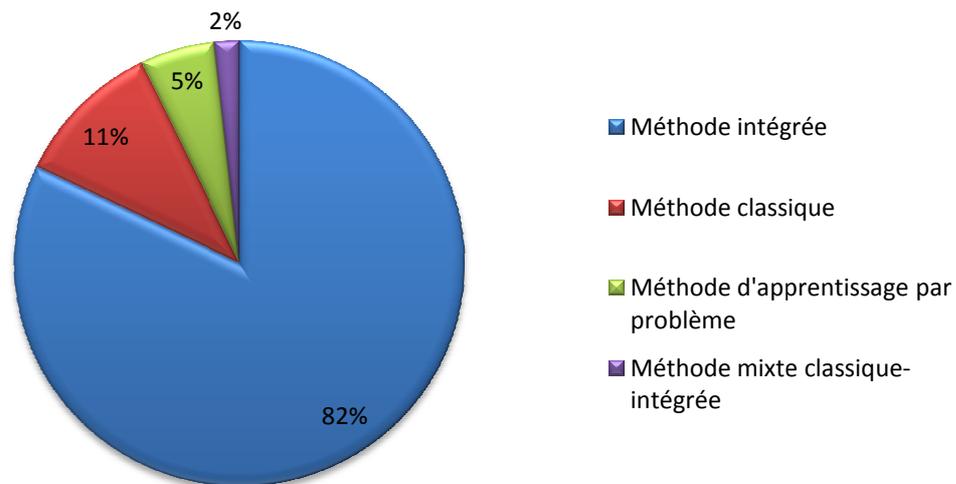
Fondamentales pour les deux premières années d'études, et Un master en Sciences Cliniques pour les trois années suivantes (44) (43).

Pour ce qui est des méthodes d'enseignement, elles se sont diversifiées ces dernières années. Trois types de méthodes sont utilisés sur l'ensemble des facultés de médecine (45) : la méthode classique basée sur les disciplines, la méthode intégrée basée sur les systèmes, et l'apprentissage par problème qui prend comme point de départ les symptômes. L'enseignement est centré soit sur l'enseignant soit sur l'étudiant, ou encore mixte. L'apprentissage par problème est une méthode uniquement axée sur l'étudiant tandis que les deux autres peuvent être mixtes. La méthode la plus répandue en 2010 est l'enseignement intégré centré sur l'enseignant et l'étudiant (41).

Graphique 4 : Nombre de facultés de médecine selon le type d'enseignement pour les années 2006, 2008 et 2010, en Turquie :



Graphique 5 : Répartition des facultés selon la méthode d'enseignement en Turquie

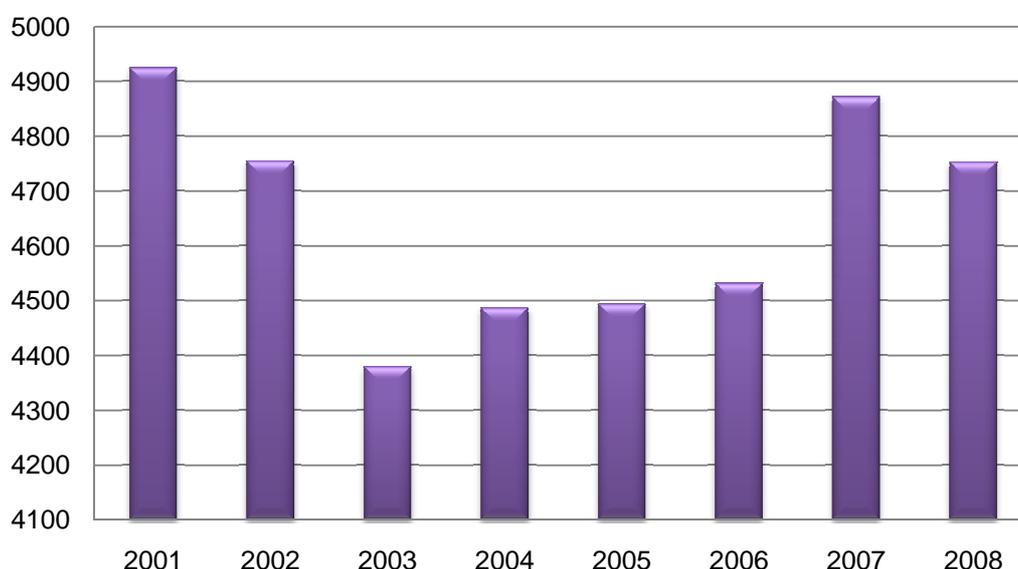


De plus en plus de facultés utilisent les nouveaux outils pour améliorer la formation des étudiants : l'outil internet, la formation sur mannequins, l'enseignement basé sur l'utilisation de patients standardisés et simulés, les laboratoires d'acquisition de compétences professionnelles, ces dernières méthodes visant à mieux préparer l'étudiant en médecine à appréhender la clinique (43). Ainsi, une étude réalisée par les départements de médecine générale des facultés d'Aydin et de Samsun auprès de 354 étudiants en 2^{ème} et 3^{ème} année de médecine, a démontré que la méthode d'enseignement via des patients standardisés et simulés, était très appréciée des étudiants et que celle-ci les aidait à prendre conscience de leur futur métier (46). Cette méthode fait intervenir de « vraies » personnes, malades ou non, formées spécifiquement pour simuler une situation réelle. Elle est appliquée dans 31 facultés de médecine en Turquie (41). Les Laboratoires d'Acquisition de Compétences Professionnelles, quant à eux, utilisent divers outils dont les mannequins, et consistent à aider l'étudiant à acquérir des compétences cliniques (47).

Par ailleurs, avec la mise en avant par le Programme de Transformation de la Santé de la nécessité de renforcer le système de santé de premier recours, et notamment la prévention, une éducation médicale centrée sur la communauté est de plus en plus dispensée (41). 35 facultés en 2010, utilisent cette approche selon laquelle un contact précoce avec les problèmes de la communauté prépare mieux l'étudiant à affronter ceux-ci lors de son exercice. Cette méthode d'enseignement est basée sur une application sur le terrain (48).

Le programme de la formation est basé sur le « programme de base » établi par six facultés de médecine ayant constitué un groupe de travail en 2001 (49). Ce programme correspond au minimum obligatoire de la formation en médecine des six 1ères années. Il s'articule autour de trois objectifs : acquisition de connaissances définies par une liste maladie-situation-symptômes, acquisition de compétences, et acquisition de savoirs faire (49). Ce programme doit constituer 60% du programme des études médicales appliqué dans chaque faculté de médecine (50).

Graphique 6 : Nombre d'étudiants ayant validé leur cursus médical de base entre 2001 et 2008 (36)



2. La spécialisation en médecine de famille

Actuellement en Turquie, il existe deux niveaux de formation différents pour les médecins qui travaillent comme médecins généralistes en niveau de premier recours. En effet, on distingue d'une part les « praticiens » qui ont reçu la formation médicale de base correspondant au 6 années de tronc commun sans avoir effectué de spécialisation, et les « médecins généralistes spécialistes » qui ont reçu une formation spécifique en médecine générale après la formation de base des six premières années, dans le cadre d'études spécialisantes équivalent à l'internat de médecine en France. Pour ces derniers, la formation de spécialité en médecine

générale est dispensée par les facultés de médecine des universités, mais par les hôpitaux de formation et de recherche gérés par le Ministère de la Santé, et par l'Université Militaire (36).

En ce qui concerne les « praticiens », avant la mise en application du « Programme de Transformation de la Santé », ils travaillaient en tant que tel essentiellement dans les postes de santé. Avec l'instauration de ce programme, ces « postes de santé » ont été progressivement convertis en « centres de santé familial » avec passage au « système de médecine de famille » (36). Ce passage s'est fait progressivement et depuis fin 2010, toutes les provinces fonctionnent selon ce nouveau système. Un des points essentiels du programme est que ces « praticiens » doivent obligatoirement suivre une formation spécifique pour travailler dans ces centres, et deviennent ainsi en quelque sorte des « médecins de famille », l'objectif étant de s'aligner aux directives européennes qui imposent une formation spécifique complémentaire après les 6 années d'études médicales pour tous les médecins généralistes/ médecins de famille. Une formation a donc débuté dans chaque ville où était appliqué ce système. Cette formation est appelée « Formation de la Période de Transition » (36).

Ainsi, nous pouvons distinguer 3 types de médecins travaillant comme médecins généralistes en Turquie :

- Les « praticiens » ayant bénéficié de la « Formation de la Période de Transition »,
- Les médecins spécialistes en médecine de famille ayant reçu une formation universitaire,
- Les médecins spécialistes en médecine de famille ayant été formés hors du cadre universitaire, dans les hôpitaux de formation et de recherche dépendant du Ministère de la Santé.

2.1. Accès à la spécialisation : le concours de spécialité en médecine

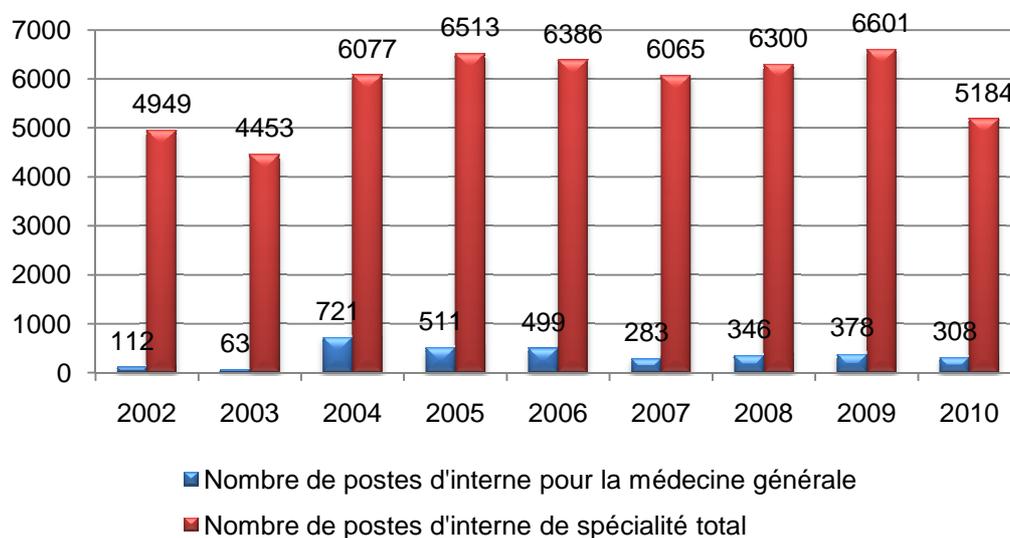
En Turquie, depuis 1987, pour accéder à une formation en spécialité médicale, il faut passer un concours national appelé « TUS » (Tipta Uzmanlik Sinavi ou Examen de Spécialité en Médecine) qui est organisé par le Centre de Sélection et de Répartition des Etudiants en 2 étapes (51). Il est constitué tout d'abord d'un examen de langues étrangères professionnelles (anglais, français ou allemand) pour lequel l'étudiant

doit obtenir une note minimale de 50/100 pour pouvoir passer le second volet du concours qui porte sur les connaissances médicales. L'évaluation se fait sous forme de QCM. La réussite à l'examen de langue est valide pendant 3 ans.

Le concours se déroule 2 fois par an au printemps et en automne. Il n'y a pas de limitation en nombre pour la participation au concours, tout comme à l'entrée des études médicales. Le nombre de postes pour chaque établissement de formation ainsi que pour chaque spécialité est prédéterminé par le Ministère de la Santé, après évaluation des propositions de chaque unité de formation (départements universitaires, hôpitaux publics de formation et de recherche, etc.). Ce nombre est ensuite communiqué à l'OSYM.

Pour participer au concours, il faut avoir obtenu un diplôme de fin d'études médicales c'est-à-dire avoir terminé et validé le tronc commun des études médicales.

Graphique 7 : Evolution du nombre de postes d'internes affectés à la médecine générale par rapport au nombre total pour les internes de spécialités pour les années 2002 à 2010 (51) (36) :



Paradoxalement, malgré les besoins accrus en spécialistes de médecine de famille depuis la mise en place du programme de transformation de la santé, le nombre de postes pour les internes de la discipline n'augmente pas.

La répartition des postes d'internes en médecine générale en 2010 entre les différents établissements s'est fait de la manière suivante (51) :

- 117 postes étaient réservés aux universités soit 38% ;
- 186 postes aux hôpitaux de recherche et de formation soit 60,4% ;
- 5 postes à l'Université Militaire soit 1,6%.

2.2. Le cadre réglementaire de l'internat de médecine générale en Turquie.

En Turquie la formation des internes en médecine générale est organisée par le « Règlement des Spécialités en Médecine ». Le premier de l'histoire de la République Turque date de 1929. Ensuite plusieurs règlements se sont succédés (52).

C'est par la modification du 23 Novembre 1983 du Règlement des Spécialités Médicales du 5 Avril 1973, que la médecine générale a été ajoutée à la liste des spécialités médicales. Ce règlement déterminait la durée de la formation ainsi que les contours de la formation en spécialité de médecine générale, notamment la maquette de stages. Pour valider leur formation, les internes en médecine générale devaient réaliser 9 mois de stage en Médecine Interne, 9 mois de stage en Pédiatrie, 8 mois en Gynécologie, 4 mois en Psychiatrie, 6 mois de stage d'Urgences (surtout chirurgicales), soit un total de 36 mois de stages hospitaliers (6). C'est ce schéma de formation qui était en vigueur jusqu'en 2010. En effet, le 18 juillet 2009, est paru un nouveau règlement, le « Règlement de la formation des spécialités en Médecine et en Odontologie » qui a apporté quelques modifications à l'organisation générale des formations et a redéfini certaines spécialités avec leurs durées. Une annexe a été adressée par la Commission des Spécialités en Médecine suite à une réunion réalisée avec les représentants des différentes spécialités du 21 au 23 juin 2010, où était précisé le contenu exact des maquettes de stages (54). Pour la médecine générale, a été introduit le stage de médecine générale dont la durée correspond à la moitié de la durée totale de la formation, conformément aux recommandations internationales, soit 18 mois de stages hospitaliers et 18 mois de stage de médecine générale. Ainsi la nouvelle maquette officielle s'organise de la manière suivante pour les stages hospitaliers: 5 mois de stage en Pédiatrie, 1 mois de stage en Pneumologie, 4 mois de stage en Médecine interne, 4 mois de stage en

Gynécologie, 1 mois de stage en Cardiologie, 2 mois de stage en Psychiatrie et 1 mois de stage en Chirurgie générale (55).

Ce nouveau règlement comporte plusieurs points (53) :

- Il crée la Commission des Spécialités en Médecine et définit sa composition et son rôle,
- Il définit le cadre physique de la formation et ses responsables,
- Il définit le mode d'accès aux études spécialisées notamment l'organisation du concours national de spécialité et les conditions de participation à ce concours
- Il définit le rôle de l'interne, son statut, ses obligations,
- Il définit l'organisation de la formation en particulier les modalités d'établissement du programme de la formation, d'évaluation et de suivi, la maquette de stages, la durée de la formation, les modalités de validation du cursus,
- Il définit les conditions d'acquisition des équivalences en cas de formation dans un pays étranger.

En 2009, le nombre de spécialités médicales et chirurgicales est de 43.

2.3. La formation universitaire en médecine

La formation en spécialité de médecine de famille universitaire est dispensée par 32 départements de médecine générale en 2009, sur les 42 existants (7). Le premier département de médecine générale avait été mis en place à l'Université Gazi à Ankara en 1984 (56), un an après l'apparition de la médecine de famille au tableau des spécialités du Règlement des Spécialités en Médecine. Mais celui-ci n'avait pas eu d'activité d'enseignement.

La création de départements de médecine de famille au sein des universités a été rendue légale le 16 Juillet 1993 par l'Arrêté n° 12 547 du Conseil de l'Enseignement Supérieur, à la suite des recommandations du Comité Interuniversitaire (56). Le premier département à débiter une formation de spécialité a été fondé à la Faculté de Médecine de l'Université Trakya dans la ville d'Edirne. C'est un tournant décisif pour la discipline. Dix postes d'internes en médecine générale sont créés (56). La même année, le 1^{er} Congrès National de Médecine Générale est organisé par TAHUD à Istanbul.

Les chefs des premiers départements de médecine générale étaient des spécialistes d'autres disciplines telles que la santé publique, la médecine interne ou la pneumologie, ceci en raison du manque d'enseignants en médecine générale (56). Ces départements ont évolué lentement, tandis que ceux qui ont été mis en place par des enseignants spécialistes en médecine de famille, ont progressé rapidement (57). Une formation a débuté en 1993 pour certifier les enseignants en médecine générale et leur permettre d'acquérir les compétences nécessaires. Elle s'est faite sous forme de modules spécifiques organisés par le Ministère de la Santé avec l'appui du Royal College of General Practice. 88 spécialistes en médecine générale y ont participé (57).

Le premier enseignant universitaire spécialiste en médecine générale a été accueilli en 1994 à l'Université Osmangazi à Eskisehir (56) (57). Il a occupé un poste de chef de clinique (57). La discipline a acquis son premier Maître de Conférences en 1996, et son premier Professeur en 2002 (56). A la fin de l'année 2010, la Turquie compte 9 Professeurs en Médecine Générale, 57 Maîtres de Conférences mais peu de chefs de cliniques. Ces enseignants universitaires ont un statut équivalent à ceux des autres disciplines.

La formation universitaire en médecine générale est soumise au Règlement des Spécialités en Médecine au même titre que celle des hôpitaux de formation et de recherche. Cependant au niveau universitaire, l'organisation a été modifiée pour mieux s'adapter aux recommandations internationales (58).

Chaque faculté de médecine a également son règlement intérieur qui se base sur le Règlement émanant du Ministère de la Santé. Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) sont rattachés à la faculté de médecine, et les internes y sont formés dans le cadre de leurs stages hospitaliers.

2.4. La formation non universitaire des internes en médecine générale

La formation non universitaire est assurée par les hôpitaux de formation et de recherche, qui dépendent du Ministère de la Santé. Ces hôpitaux forment des internes de diverses spécialités. En ce qui concerne la médecine générale, cette formation existe depuis la naissance de la discipline en Turquie, c'est-à-dire depuis près de 30 ans. Elle a été la seule voie de formation des médecins généralistes turcs

entre 1985 et 1995, date à partir de laquelle la formation universitaire assurée par les départements de médecine générale a débuté. 24 établissements dispensent une formation spécialisée en médecine de famille en 2009.

L'hôpital de formation et de recherche n'a aucun lien avec la faculté de médecine. Cet hôpital est rattaché au Ministère de la Santé via la Direction Sanitaire Provinciale qui en est le représentant local. Par conséquent, il en est de même pour l'interne.

Chaque hôpital est une structure indépendante, ayant son organisation en ce qui concerne la formation, pour laquelle il se base sur le Règlement des Spécialités Médicales. Les responsables de la formation sont quasiment tous des spécialistes d'autres disciplines, essentiellement des internistes. Seuls 3 établissements sur toute la Turquie ont des coordonnateurs qui sont des spécialistes en médecine générale.

3. La formation de la période de transition

Dans le cadre du « Programme de Transformation de la Santé », une formation du personnel médical et paramédical travaillant dans les services de soins de santé primaires est mise en place (35). L'objectif est d'élever la qualité des services de santé au niveau des établissements de premier recours, et de s'aligner aux directives européennes (35) qui « obligent les Etats membres à subordonner l'exercice des activités du médecin en tant que généraliste dans le cadre de leur régime de sécurité sociale à la possession de la formation spécifique en médecine générale » à partir du 1^{er} janvier 1995 (4).

En fait, la nécessité de « re-former » les médecins travaillant au niveau du système de soins de santé primaires avait déjà été abordé au niveau des pays de l'Europe Central et de l'Est. En effet, un « Réseau d'Experts sur le Développement en Médecine Familiale » avait été constitué en 1995, et un premier meeting avait été organisé à Ljubljana, en Slovénie, par la région Europe de l'OMS dans le but de déterminer des groupes de travail représentant les membres des pays participant (59). L'objectif était de mettre en place des stratégies de formation et de re-formation pour les médecins généralistes.

En Turquie, elle a débuté en 2005 avec la réforme du système de santé. Selon le « Règlement sur l'Application Pilote de la Médecine de Famille » du 6 juillet 2005, les

médecins travaillant en niveau de premier recours dans les centres de santé, ainsi que le personnel soignant, doivent participer à une formation organisée par le Ministère de la Santé dans le cadre de la médecine de famille à hauteur de 80%, au minimum, des enseignements dispensés. D'après le règlement, cette formation est organisée en deux étapes. La première a une durée de dix jours maximum. Elle englobe les principes fondamentaux de la médecine générale, définit les rôles et la pratique. C'est une formation d'adaptation qui aboutit à une certification (35). La deuxième étape a lieu après, et devait initialement se faire sous forme de modules d'apprentissage d'une durée minimale de 12 mois (60). Elle visait à développer les connaissances et compétences professionnelles (35). Le Règlement définitif du 25 Mai 2010 a modifié l'organisation de la deuxième partie de la formation qui est effectuée finalement à distance, mais reste étalée sur au moins 12 mois (20). Cette formation est basée sur le « e-learning » et se fait via un site internet géré par le Ministère de la Santé avec un code d'entrée pour chaque médecin.

Un Comité de Conseil en Médecine de Famille a été instauré afin de déterminer le contenu de la formation (61). Ce Comité est constitué de représentants du Ministère de l'Union des Médecins Turcs, de TAHUD et des Départements de médecine générale des facultés de médecine (61).

Actuellement, la 1^{ère} étape a été validée dans tout le pays et la 2^{ème} étape a débuté. Il est prévu normalement une date butoir pour cette période de transition (35), afin que la formation post graduée soit obligatoire et que seuls les médecins généralistes spécialistes puissent travailler en tant que tels (35). Cependant, ce point n'est pas encore précisé (61). Récemment, le Ministère a annoncé que la fin de cette période était prévue pour 2017, mais il n'y a pas de projet concret, ce que reprochent les différents représentants de la discipline, en particulier au niveau académique.

4. Le service obligatoire

En Turquie, tout médecin ayant terminé la formation de base, une formation spécialisée, ou une formation de spécialité complémentaire doit effectuer ce qu'on appelle le « Service Obligatoire » (61) (62). Les médecins, une fois leur études validées, sont envoyés par l'Etat dans diverses zones du pays, essentiellement les endroits habituellement peu attractifs (milieu rural très isolé, régions du Sud Est,

etc.). Ce service avait été mis en place en 1981 puis retiré en 2003, pour finalement à nouveau être instauré en 2005 (61), devant les inégalités inter régionales de la démographie médicale. C'est un moyen d'équilibrer la répartition des médecins sur le territoire et d'éviter que certaines régions notamment les régions de l'Est et du Sud Est soient désertées.

La durée de ce service est variable, allant de 300 à 600 jours en fonction de la zone géographique concernée, pour ne pas pénaliser ceux qui se retrouvent dans les zones les plus défavorisées (62) (19). Les salaires varient également dans le même sens (16).

L'affectation se fait par tirage au sort au niveau informatique.

Les médecins, praticiens ou spécialistes, ne peuvent exercer leur profession sans avoir réalisé ce service. Leur diplôme ne leur est pas délivré.

DEUXIEME PARTIE

I. MATERIEL ET METHODE

1. Les motivations de l'étude

C'est au cours d'un voyage à Izmir que nous est venue l'idée de ce travail. L'objet initial de ce voyage était la découverte des modes et lieux d'exercice des médecins généralistes en Turquie, puis au fur et à mesure de notre recherche, nous nous sommes rendus compte que leur formation présentait beaucoup de similitudes avec la formation française, mais aussi certaines différences. Dans le contexte international actuel de volonté d'harmonisation de la formation des médecins généralistes, ceci afin d'améliorer la qualité des soins mais aussi de favoriser la libre circulation de ces derniers, et la volonté de la Turquie de faire partie du cercle des pays de l'Union Européenne, nous avons voulu faire un travail de recherche sur la formation des internes en médecine générale à Izmir, pour la comparer à celle de Nancy, avec pour objectif de répondre aux questions suivantes :

- Comment sont formés les internes en médecine générale à Izmir?
- Que pensent les internes et les enseignants de cette formation ?
- Quels sont les problèmes de la formation en médecine générale ?
- Quels sont les projets visant à améliorer la formation?

2. La méthode

Nous nous sommes rendus dans le département de médecine générale de la faculté de médecine de l'Université du 9 septembre à Izmir au mois de mars 2010 afin de soumettre ce projet au chef du département, le Professeur Dilek GULDAL, et d'obtenir son accord. Le projet a été accueilli avec enthousiasme, d'autant que l'enseignement de la médecine générale est le domaine privilégié du Professeur GULDAL. Elle nous a fourni des documents et recommandé des sites internet à consulter, afin de prendre connaissance de l'organisation générale de la formation en médecine générale en Turquie et à Izmir. Nous avons donc effectué un premier travail de recherche à partir de ces outils afin de déterminer les contours de la formation et de définir les points que nous voulions étudier. Nous nous sommes ensuite rendus à Izmir en juin 2010 afin de réaliser notre recueil de données, et en

février 2011 pour actualiser les données en raison de changements intervenus entre temps.

Notre travail consiste en l'étude d'un système de formation dans le but de le comparer à un autre système. Nous avons décidé de réaliser une étude qualitative par entretiens semi directifs auprès des différents acteurs de la formation en médecine générale. Cette méthodologie nous a semblé être la plus pertinente dans cette situation puisque notre objectif est la description d'un système mais aussi le recueil du point de vue des différents acteurs de la formation. Nous ne voulions pas obtenir uniquement des données objectives qui n'auraient servi qu'à établir une simple photographie de la façon dont se déroule la formation des médecins généralistes en Turquie. Nous voulions capter le ressenti de chacun. De plus, l'approche qualitative nous a permis également d'aborder des sujets qui ne l'auraient pas été dans le cas d'une enquête quantitative, puisque que nous étions totalement étrangers au système.

Nous avons procédé à un échantillonnage ciblé des sujets à interroger, en fonction de leur pertinence, selon la stratégie d'échantillonnage adaptée de Patton. Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi directifs auprès des enseignants de la formation universitaire, des internes en médecine générale en dernière année suivant la formation universitaire de la Faculté du 9 Septembre, et des internes en médecine générale en dernière année suivant une formation non universitaire. Nous avons exclu les internes des autres années de formation estimant qu'ils n'auraient pas autant de recul que ceux qui étaient en fin de cursus. Nous avons également exclu les praticiens ayant suivi une formation dans le cadre de la période de transition car il ne s'agit pas d'une formation spécifique de spécialité en médecine générale, et par conséquent celle-ci n'entre pas dans le cadre de notre étude. Nous avons cependant abordé le sujet au cours d'un de nos entretiens.

Notre recueil de données s'est basé d'une part, sur les informations obtenues lors des entretiens, mais aussi celles contenues dans les documents fournis par les personnes interrogées ainsi que dans les sites internet recommandés.

Pour les entretiens, nous avons établi une grille d'entretien pour chaque groupe à interroger. Pour le groupe des internes, l'objectif était de recueillir leur avis sur la formation en général et sur chacune de ses étapes, avec les problèmes rencontrés.

La grille d'entretien des internes est la suivante :

-Qu'attendiez-vous de votre formation ?

-Que pensez-vous de la formation que vous avez reçue ?

-La formation que vous avez reçue prépare-t-elle suffisamment à l'exercice de la médecine générale d'après vous ?

-La formation reçue est-elle conforme à vos perspectives professionnelles ?

Au moment où nous avons effectué nos entretiens en juin 2010, les internes de la faculté en dernière année de cursus étaient au nombre de 3 :

- Mlle G. L. est interne en médecine générale à la Faculté du 9 Septembre à Izmir. Elle terminait son internat. Elle a fait ses études médicales à Izmir, à la Faculté de Médecine de l'Université Ege, puis a effectué son service obligatoire à Istanbul. Elle a ensuite passé le concours national de spécialité pour devenir médecin de famille.
- Mlle H.K. est interne en dernière année de médecine générale à la Faculté du 9 Septembre à Izmir. Elle a fait ses études médicales à Adana puis a travaillé plusieurs années dans un poste de santé. Elle a passé le concours de spécialité une première fois et a commencé une formation d'urgentiste, puis a repassé le concours et a débuté une formation en maladies infectieuses. Elle n'a pas été satisfaite, elle a donc repassé le concours et a obtenu un accès aux études spécialisées en médecine générale à Izmir.
- M. Y. S. est interne en médecine générale en fin de cursus à la Faculté du 9 Septembre à Izmir. Il a effectué ses études médicales à Trabzon. Il a ensuite travaillé pendant 14 ans dans des postes de santé, puis passé le concours de spécialité et a obtenu l'accès à la formation en médecine générale à Ankara dans un hôpital de formation et de recherche. Il a ensuite démissionné et a repassé le concours, et a débuté une formation d'urgentiste. Il a repassé le concours et a choisi la formation en médecine générale à Izmir.

Nous avons aussi réalisé un entretien avec un spécialiste en médecine générale, tout juste diplômé :

- Dr O.D. est diplômé en médecine générale depuis 1 mois. Il a reçu sa formation spécifique à la Faculté du 9 Septembre à Izmir. Il a travaillé comme praticien pendant 15 ans : il a occupé des postes divers avant de débiter sa formation de spécialité. Nous l'avons rencontré à l'Hôpital de Formation et de Recherche de Bozyaka à Izmir où il s'occupe de la polyclinique de médecine interne. Avant de débiter son internat, il travaillait dans cet hôpital public, à la polyclinique d'ORL. Il y est donc retourné puisqu'il avait un poste de fonctionnaire de l'Etat. Il était dans l'attente de son affectation pour le service obligatoire.

Nous avons pu joindre 2 internes en médecine générale suivant une formation non universitaire :

- M. S.A. : interne en médecine générale à l'Hôpital de Recherche et de Formation Bozyaka à Izmir. Il est fin de cursus. Il a travaillé quelques mois comme praticien dans un poste de santé puis a décidé de passer le concours de spécialité, initialement pour faire de l'ophtalmologie, mais n'ayant pu choisir cette branche en raison de résultats insuffisants, il s'est orienté vers la médecine générale.
- Mlle S.K. : interne en médecine générale à l'Hôpital de Formation et de Recherche Atatürk à Izmir. Elle est en dernière année de formation. Elle a travaillé quelques semaines comme praticien dans un poste de santé après ses études médicales puis a démissionné pour passer le concours de spécialité et a choisi la médecine générale à Izmir.

Pour le groupe des enseignants, nous avons établi une grille commune afin d'obtenir leur point de vue sur la formation, les problèmes rencontrés et les projets. Puis nous avons ajouté des thèmes en fonction du champ d'action de la personne interrogée.

Les Docteur MEVSIM, YILDIRIM, HATIPOGLU et KARTAL ont été vus en juin 2010. Nous nous sommes à nouveau rendus à Izmir en février 2011 pour actualiser nos données, puisque la réglementation avait changé entre temps. Nous avons profité de l'occasion pour réaliser un entretien avec le Professeur GULDAL et le Dr GUNVAR. Nous avons également réinterrogé le Dr KARTAL puisque la maquette de stage avait changé.

Voici donc les enseignants que nous avons rencontrés ainsi que les thèmes que nous avons abordés avec chacun d'entre eux :

- Le Professeur Dilek GULDAL est chef du département de médecine générale de la faculté du 9 septembre. Elle a effectué ses études médicales à Ankara à la faculté de Hacettepe, et a fait une spécialisation en médecine générale à Izmir, à l'Hôpital de Formation et de Recherche Atatürk. Elle a accédé au statut de Maître de Conférences en médecine générale en 2000 à la Faculté du 9 Septembre et de Professeur des Universités en 2006. Elle est le 6^{ème} Professeur des Universités de médecine générale en Turquie. Elle a réalisé de nombreux travaux sur la formation des étudiants en médecine et la médecine générale en Turquie. Elle est actuellement présidente de l'Association des Académiciens en Médecine Générale de Turquie ou AHAD. Nous avons abordé avec elle la formation en médecine générale à la faculté d'Izmir, son déroulement, la mise en place du département de médecine générale, les activités du département, les problèmes de la formation spécifique en médecine générale, et les projets. Nous avons également évoqué le sujet de la formation de la période de transition à Izmir.

- Le Docteur Tolga GUNVAR est enseignant dans le département de médecine générale à Izmir. Il a effectué ses études médicales à la Faculté Hacettepe à Ankara, et a été diplômé en 1998. Il a fait sa spécialisation en médecine générale à l'Hôpital de Formation et de Recherche Atatürk à Izmir et a obtenu son doctorat en 2005. Il a mené des projets de recherche dans le domaine de la formation médicale, en particulier sur la formation clinique des étudiants en médecine au début de leur cursus. Il a également été Président de l'antenne d'Izmir de l'Association des Spécialistes en Médecine Générale de Turquie ou TAHUD. Nous l'avons rencontré pour parler de la formation en médecine générale à Izmir, des problèmes rencontrés et des travaux de TAHUD à Izmir concernant la formation

- Le Docteur Mehtap KARTAL est Chef de Clinique dans le département de médecine générale à la faculté du 9 Septembre d'Izmir. Elle a effectué ses études médicales à l'Université de Marmara à Istanbul et sa formation en médecine générale à l'Hôpital de Formation et de Recherche Numune d'Ankara. Elle a également obtenu un master de santé publique à l'Institut des sciences sanitaires

de l'Université Gazi à Ankara. Au niveau du département, elle participe activement à la formation des internes en médecine générale et s'occupe notamment de l'organisation de l'enseignement, des stages et des examens. Nous avons donc abordé avec elle ces points, et avons essayé d'avoir son avis sur la formation et les problèmes rencontrés.

- Le Docteur Vildan MEVSIM est enseignante à la Faculté du 9 Septembre d'Izmir. Elle est Maître de Conférences de médecine générale. Elle a fait ses études médicales à la Faculté de Médecine de l'Université Ege à Izmir, puis une spécialisation en santé publique dans la même faculté. Elle a réalisé de nombreuses études concernant le domaine de la médecine générale ainsi que la formation médicale. Nous avons voulu avoir son avis sur la formation des internes en médecine générale à Izmir et les problèmes rencontrés, ainsi que les projets d'amélioration.
- Le Docteur Ediz YILDIRIM est enseignant dans le département de médecine générale de la Faculté du 9 Septembre d'Izmir. Il a effectué ses études médicales dans cette même faculté. Sa formation en médecine générale a été réalisée à l'Hôpital de Formation et de Recherche Atatürk d'Izmir. Il participe à la formation des internes en médecine générale et s'occupe notamment des stages hospitaliers. Nous avons voulu recueillir son avis à ce sujet et sur la formation en médecine générale dans le département, ainsi que les problèmes rencontrés dans la formation.
- Le Docteur Sehnaz HATIPOGLU est médecin généraliste spécialiste dans un centre de santé dans le district urbain Konak à Izmir. Elle a été diplômée en médecine générale en 1993. Elle a été formée de l'Hôpital de Formation et de Recherche Atatürk d'Izmir. Elle a reçu la formation en enseignement dispensée par la Faculté du 9 Septembre et accueille dans son centre des étudiants en médecine de 3^{ème} année et de 4^{ème} année mais aussi depuis peu des internes du département de médecine générale. Elle a été également présidente de la branche d'Izmir de TAHUD. Nous avons abordé avec elle la formation des internes en médecine générale dans son centre.

Nous avons joint en annexe l'intégralité des entretiens réalisés avec le Professeur Dilek GULDAL et avec le Docteur Tolga GUNVAR (Annexe1).

3. Réalisation des entretiens

Chaque sujet était contacté soit directement en se rendant sur place soit par téléphone, afin que leur soient présentés l'objet de notre étude et les motivations de l'entretien. Après avoir obtenu l'accord de l'intéressé, l'entretien était réalisé sur le lieu de travail lors d'un rendez-vous fixé à l'avance ou alors d'emblée s'il était disponible. Les entretiens ont été enregistrés sur support sonore au moyen d'un enregistreur, toujours avec la permission de la personne interviewée. Ils débutaient à chaque fois par une présentation de notre travail et de son but, puis nous expliquions ce que nous attendions de la personne ainsi que les points que nous allions aborder avec elle.

4. Transcription et analyse des données

Nous avons transcrit mot à mot chacun des entretiens, puis nous avons procédé à une traduction puisqu'ils étaient réalisés en langue turque. Nous avons ensuite réalisé une analyse verticale pour obtenir un découpage par thèmes puis nous avons fait une analyse horizontale pour regrouper les thèmes communs.

Pour les documents fournis ainsi que les informations obtenues sur les sites internet visités, nous avons extrait les informations qui nous ont semblé pertinentes. Nous avons traduit certains documents qui nous ont paru essentiels et nous les avons ajoutés en annexe.

II. RESULTATS

1. Présentation d'Izmir et lieux de formation des internes en médecine générale.

La ville d'Izmir est la 3^{ème} agglomération du pays par le nombre d'habitants après Istanbul et Ankara, comptant plus de 3 millions d'habitants, et le 2^{ème} plus grand port de Turquie après Istanbul. Elle se situe sur la mer Egée, près du golf d'Izmir. Elle est la capitale de la province qui porte son nom, et fait partie de la région Egéenne. La province est organisée en districts urbains constituant la ville d'Izmir, et en districts ruraux, situés autour de la ville. Les districts urbains sont au nombre de 11 : Balçova, Bayrakli, Bornova, Buca, Cigli, Gaziemir, Guzelbahçe, Karabaglar, Karsiyaka, Konak et Narlidere.

Izmir possède deux universités publiques, l'Université d'Egée, la plus ancienne, créée en 1955, et l'Université du 9 Septembre créée en 1982. Ces deux universités sont dotées chacune d'une faculté de médecine mais seule celle de l'Université du 9 septembre dispense une formation de spécialité en médecine générale, coordonnée par le département de médecine de famille. La formation non universitaire est assurée dans trois hôpitaux de formation et de recherche : l'Hôpital de Formation et de Recherche Atatürk, l'Hôpital de Formation et de Recherche Bozyaka, et l'Hôpital de Formation et de Recherche Tepecik, tous situés dans le district urbain de Konak. Il existe par ailleurs deux universités privées mais celles-ci n'assurent pas de formation médicale.

2. La formation universitaire des internes en médecine générale

2.1. Présentation de la Faculté de Médecine de l'Université du 9 Septembre.

La faculté de médecine de l'Université du 9 Septembre a été créée en 1978, initialement sous le nom de « Faculté de Médecine d'Izmir » et était alors liée à l'Université Egée. L'hôpital rattaché à la faculté était un hôpital public situé dans le quartier d'Alsancak, à Konak, et était appelé « Hôpital Français ». L'Université du 9

Septembre a été créée en 1982 et la même année la faculté de médecine a été transférée sur son site actuel à Balçova. En 1985, le Centre Hospitalier Universitaire a débuté son activité de soins et de formation médicale.

En mars 2010, la faculté compte 412 enseignants universitaires, 526 internes de spécialité dont 14 internes de médecine générale, et 1025 étudiants. Les départements sont répartis dans 3 groupes : Les sciences médicales fondamentales représentés par 11 départements, les spécialités médicales avec 19 départements dont celui de médecine générale, et les spécialités chirurgicales avec 13 départements.

2.2. Présentation du département de médecine générale de la Faculté de Médecine de l'Université du 9 septembre.

2.2.1. La création du département.

La mise en place du département de médecine générale a été laborieuse. En effet, le Professeur GULDAL nous a expliqué que la discipline avait souffert, à l'époque, de son association, par les politiques, à la notion de rentabilité dans le cadre de projets de privatisation concernant le domaine de la santé. C'est elle qui l'a créée en 2001, à la suite d'efforts considérables. Le département a débuté son activité d'enseignement d'abord au niveau du cursus médical de base. Le nombre des enseignants a augmenté progressivement. Ils sont actuellement sept. C'est en 2003 qu'a été accueilli le premier interne et qu'a débuté la formation spécifique en médecine générale au niveau universitaire à Izmir. Le Docteur GUNVAR nous a confié que ce premier interne en médecine générale a beaucoup aidé au développement de la discipline au niveau du CHU en faisant largement sa promotion. En mars 2011, le département compte 16 internes, et 5 sont attendus pour le mois de juin. Six ont été diplômés depuis le début.

2.2.2. Organisation physique du département

Le département de médecine générale se trouve au sein du Centre Hospitalier Universitaire du 9 Septembre qui est accolé à la faculté de médecine. Il est constitué de 2 parties :

- Une partie réservée à l'activité d'enseignement et de recherche avec :
 - Cinq bureaux pour les enseignants,
 - Une salle de travail commune pour les internes où se trouvent deux ordinateurs, une petite bibliothèque et les casiers pour chacun d'entre eux,
 - Une salle de réunion où ont lieu les cours.

- Une partie réservée à l'activité de soins, appelée polyclinique, comprenant deux salles de consultations. Les médecins et internes ont, en outre, à disposition un appareil à ECG, un échographe, et un microscope.

Le secrétariat a une position centrale et est commun aux deux parties.

2.2.3. Le corps enseignant

Sept enseignants travaillent au sein du département :

- Le chef du département est le Professeur Dilek GULDAL.
- Le Docteur Nilgun OZCAKAR, Maitre de Conférences.
- Le Docteur Vildan MEVSIM, Maitre de Conférences.
- Le Docteur Mehtap KARTAL, Chef de clinique.
- Le Docteur Tolga GUNVAR, Enseignant Universitaire.
- Le Docteur Ediz YILDIRIM, Enseignant Universitaire.
- Le Docteur Zafer SISLI, Praticien, ayant un statut particulier, il participe à l'enseignement et à la gestion du département.

Les enseignants du département ont tous reçu deux formations distinctes :

- Une formation à la pédagogie médicale et aux méthodes de l'enseignement dans le cadre de l'apprentissage par problèmes. Celle-ci est dispensée par la faculté et est obligatoire ;

- Une formation facultative spécifique à l'enseignement en médecine générale. Elle a été initiée en 2000 par des formateurs d'EURACT, venus à Izmir pour former les futurs enseignants de médecine de famille. Elle a été dispensée en anglais. Ensuite, les jeunes enseignants ont à leur tour organisé des modules de formation pour d'autres spécialistes en médecine de famille, d'abord sous la supervision de représentants d'EURACT, puis seuls.

Tous les enseignants du département sont détenteurs des deux certificats de formateurs, et organisent des formations à l'enseignement en médecine générale constituées de cinq modules, aux médecins à qui ils envoient des étudiants en 3^{ème} et 4^{ème} année. Celles-ci donnent lieu à une certification. 53 médecins travaillant dans des centres de santé ont ainsi été formés.

Par ailleurs, ils forment aussi les médecins de famille devant recevoir les internes, mais ceux-là sont obligatoirement des spécialistes d'une part, et doivent valider la formation universitaire et celle d'EURACT.

2.2.4. Les activités du département

Le département intervient à trois niveaux :

- Au niveau des soins dispensés au sein de la polyclinique,
- Au niveau de la recherche,
- Au niveau de l'enseignement.

➤ Les activités de soins

Ce n'est que depuis 2005 que les médecins du département de médecine générale ont le droit de dispenser des soins et de prescrire au sein du Centre Hospitalier Universitaire.

Initialement, l'activité de soins était réalisée au centre médicosocial de l'Université, où étaient vu essentiellement le personnel de l'Université et les étudiants. C'est là qu'a été d'ailleurs assurée la formation pratique en médecine générale du 1^{er} interne. En 2007, la polyclinique de médecine générale ouvre ses portes au sein du département de médecine générale. C'est une grande victoire pour l'équipe enseignante. C'est le début de l'activité de soins pour le département de médecine générale.

Environ 20 patients par jour sont vus dans la polyclinique, mais l'activité reste faible en général. C'est une activité de soins ambulatoires, les patients viennent en consultation. Il s'agit soit de patients venus par eux-mêmes, au hasard, soit de patients adressés par les secrétaires des polycliniques des autres spécialités en raison d'une attente longue, soit de patients adressés par les centres de santé lorsque les médecins veulent avoir un avis. Il n'y a pas de population attribuée à la polyclinique comme c'est le cas des centres de santé. La plupart des patients vus au niveau de la polyclinique de médecine générale, bien que satisfaits, retournent dans leur centre de santé de référence, pour des raisons de facilité d'accès, car ceux-ci sont plus proches de leur domicile. Le profil de ces patients est en général varié mais non représentatif de la population vue habituellement en centre de santé, à cause de leur effectif qui est bien inférieur.

➤ Les activités de recherche.

Le département participe activement au développement de la discipline par le biais de travaux de recherche concernant :

-l'exercice de la médecine générale, notamment l'approche spécifique du médecin généraliste dans la prise en charge de différents groupes de malades. Par exemple une étude a été réalisée au sujet de l'approche du médecin de famille dans la phase de pré diabète ou dans les douleurs lombaires chroniques ; ou encore, l'approche syndromique en médecine générale, dans le but d'améliorer le diagnostic clinique. Par exemple, une autre étude, comparative, a été menée sur les données de l'examen clinique et l'interrogatoire chez les patients souffrant de bronchite chronique obstructive, et celles obtenues avec l'examen au spiromètre dans l'objectif de mettre en évidence les éléments cliniques permettant d'orienter le diagnostic. Ces études se sont faites dans le cadre de projets locaux ou nationaux, mais le département participe aussi à des travaux de recherche à l'échelle européenne, comme par exemple l'étude sur la santé de la reproduction dans le cadre du « Programme de la santé de la reproduction en Turquie ».

-la formation des étudiants durant les six premières années : ces travaux visent à évaluer les méthodes de formation des étudiants en médecine, à comparer les différents modes d'enseignement. Par exemple, le département a mené une enquête

au sujet de l'impact d'une formation clinique précoce sur l'acquisition de compétences médicales.

-La formation des internes en médecine générale : une évaluation des connaissances, compétences et prises en charge des médecins généralistes travaillant en niveau de premier recours a été réalisée, et à partir des informations obtenues, ont été établis des objectifs d'apprentissage pour les soins de santé primaires. Une formation a été ensuite organisée pour les internes mais aussi pour les médecins généralistes. Par exemple, une formation spécifique est dispensée sous forme d'enseignement dirigé sur l'approche du médecin généraliste dans l'HTA, ou devant une douleur pharyngée. Des travaux ont aussi été menés sur la formation en 3^{ème} cycle en collaboration avec la branche d'Izmir de l'association TAHUD dans le cadre de projets européens. Ainsi a été établi un module d' « apprentissage au contact du patient », où sont enseignées la façon dont doit être réalisé l'entretien avec le patient, les informations à recueillir lors de l'interrogatoire, etc. L'étude réalisée avait permis d'établir des objectifs d'apprentissage à atteindre pour mener correctement une consultation. Ces objectifs sont enseignés dans le cadre de ce module aux internes du département. Un autre module sur la lecture d'une radiographie pulmonaire a été mis en place de la même façon.

Cette activité de recherche se fait également par l'intermédiaire des thèses dont les sujets concernent en priorité le domaine de la médecine générale. Actuellement, une interne mène une étude dans le cadre de son travail de thèse sur l'apport de l'interrogatoire et de l'examen clinique dans le diagnostic des vaginites.

➤ L'enseignement

Le département est responsable de la formation des internes en médecine générale, mais aussi des étudiants en médecine : le département dirige le « Comité d'Introduction à la Clinique ». Ce comité fait partie des 22 comités responsables de l'enseignement pré et post gradué à la Faculté du 9 Septembre. Son objectif est de faire acquérir aux étudiants en médecine de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} années les connaissances théoriques et compétences cliniques sur l'interrogatoire et l'examen clinique, afin de leur donner les bases nécessaires avant de commencer leurs stages

en 4^{ème} année. En 3^{ème} année, tous les étudiants se rendent 6 jours dans l'année dans un centre de santé pour voir la mise en application concrète sur le terrain de ce qu'ils ont appris. Chaque étudiant y va seul afin de bénéficier d'une formation pratique individuelle.

En 4^{ème} année, il y a un stage optionnel en médecine générale qui dure 15 jours. Ce stage n'est pas obligatoire pour des raisons pratiques, puisque la superficie du département n'est pas suffisante pour le moment pour accueillir tous les étudiants.

Par ailleurs, le département participe, au même niveau que les autres départements, à la formation théorique globale des étudiants en médecine dans le cadre de l'« apprentissage par problème ». La faculté de médecine de l'Université du 9 septembre à Izmir a été la première à mettre en place ce mode d'enseignement des études médicales en 1997. C'est la « formation active » qui est privilégiée. En 4^{ème} et 5^{ème} années commencent les stages, la méthode d'enseignement alors utilisée est celle de l'« apprentissage par tâche ».

La 6^{ème} année ne comporte pas de stage de médecine générale, mais celui-ci existe dans certaines facultés où il dure de 15 jours à 1 mois. C'est l'un des objectifs du département d'instaurer ce stage.

En outre, le département participe à la formation continue des médecins généralistes. L'année dernière était organisée, tous les jeudis soirs, dans la salle de conférence d'un complexe hôtelier, une formation destinée à tous les médecins du niveau de 1^{er} recours, généralistes spécialistes et praticiens, mais aussi aux internes de médecine générale, issus de la formation universitaire ou non. Le but était de réunir tous les représentants de la discipline et de dispenser une formation sur des thèmes déterminés.

2.2.5. Les collaborations

Le département de médecine générale travaille en collaboration avec d'autres structures telles que :

-TAHUD, avec qui il contribue au développement de la formation, d'une part par le biais de travaux de recherche comme nous l'avons vu précédemment, mais aussi en prenant part de façon active au sein de l'association. Le Docteur Tolga GUNVAR était président de TAHUD-Izmir à la session précédente. Actuellement, les Docteurs Ediz YILDIRIM, enseignant au département de médecine générale, et Ozlem DILBI,

un ancien interne formé par le département, font partie du Comité des Compétences des Médecins Généralistes de Turquie (TAHYK), qui est une sous-section de TAHUD et dont la mission est de participer au développement de la formation spécifique et continue des médecins généralistes.

-TAHAD, qui est l'Association des Académiciens en Médecine Générale de Turquie et dont le Professeur Dilek GULDAL est la présidente. Cette association qui comprend entre 80 et 90 membres sur toute la Turquie, participe au développement de la formation et de la recherche, en organisant notamment des groupes de travail.

-Les autres universités, dans le cadre de ces associations mais aussi au sein du groupe UzMep qui est formé des départements de médecine générale des facultés de médecine de l'Université du 9 septembre à Izmir, de l'Université Marmara à Istanbul et de l'Université Adnan Menderes à Aydin. C'est au niveau du groupe UzMep qu'est déterminé par exemple le curriculum de la formation minimale en médecine générale des 3 facultés. Les réunions sont organisées depuis le début de la création de ces départements afin de prendre des décisions communes, et mener des travaux ensemble.

2.3. Organisation de la formation des internes en médecine générale

La formation en médecine générale en Turquie, qu'elle soit universitaire ou non, est soumise au règlement des spécialités en médecine. Jusqu'en juin 2010, la maquette de stages n'était officiellement constituée que d'une succession de stages hospitaliers conformément au règlement de 1983. Cependant, au niveau universitaire cette maquette a été modifiée afin de pouvoir y introduire un stage de médecine générale, estimé indispensable pour une formation optimale des futurs médecins généralistes. En fait, deux groupes de départements de médecine générale se distinguent à l'échelle nationale concernant la formation. Ceux qui respectent la maquette officielle et prolongent la durée de formation d'un an pour réaliser le stage de médecine générale. C'est le cas, par exemple des départements de médecine générale d'Antalya ou Sivas. Cette formation a une durée totale de 4 ans avec 12 mois de stage en médecine générale. Et il y a les départements qui incorporent le stage de médecine générale dans les 3 ans de formation en modifiant la durée des autres stages. C'est cette organisation qui est appliquée par le département de médecine générale à Izmir.

2.3.1. Le statut de l'interne

En Turquie, l'interne est rattaché à la faculté. Il suit une formation sous la responsabilité du département dont il dépend et travaille au centre hospitalier universitaire. Il a un statut de médecin en formation, ayant une activité de soins et de recherche. Il est soumis à la réglementation interne de l'établissement où il suit sa formation à savoir la faculté de médecine. Cette réglementation se base sur la réglementation nationale. Durant toute sa formation, l'interne en médecine n'a pas le droit de travailler en dehors du cadre de ses études, que ce soit rémunéré ou non, et dans le domaine public ou privé.

2.3.2. La durée de la formation

La durée réglementaire est de 3 ans minimum. Cependant, à Izmir, cette durée est souvent prolongée de 6 mois voire 1 an afin de pouvoir optimiser la formation spécifique en médecine de famille. Le règlement autorise les départements à augmenter la durée de la formation au maximum de 2 fois 6 mois en cas de nécessité, notamment pour la préparation de la thèse qui est le motif officiel avancé.

2.3.3. Les niveaux des internes

L'internat de spécialité est divisé en 3 niveaux d'études appelés A3, A2 et A1. Le niveau A3 représentant la phase initiale de la formation et A1 la phase terminale. La durée pour chaque niveau est fonction de la durée totale de la formation de la spécialité. En médecine générale, la durée étant de 3 ans, le niveau A3 correspond à la première année, A2 à la deuxième année, et le niveau A1 à la troisième année. Cependant, en cas de prolongation de la formation, l'interne reste au niveau A1.

2.3.4. Le tutorat

Pour l'ensemble des internes de la faculté, un ou plusieurs enseignants responsables sont attribués à chaque interne. Ils ont un rôle de tuteur. En médecine générale, ce tuteur, qui est un enseignant du département, change tous les 6 mois. Son rôle est de s'assurer de la pleine participation à la formation théorique et

pratique, de la bonne comptabilisation des activités dans le « cahier de notation des activités » qui est rangé dans le classeur de l'interne, et de faire des évaluations régulières afin de savoir où en est l'interne dans sa formation. Il est son conseiller. Il est de son devoir de participer à son éducation aux relations entre médecins et entre médecins et patients, et de veiller à l'acquisition de valeurs éthiques professionnelles et scientifiques suffisantes. Il doit être à l'écoute de l'interne en cas de problèmes d'ordre adaptatif ou concernant sa formation, et essayer de les résoudre.

2.3.5. Le programme de la formation

La formation universitaire du département de médecine générale à Izmir couvre trois axes principaux :

- Les activités d'enseignement organisées par le département de médecine générale
- Les stages hospitaliers
- Le stage de médecine générale

Le programme de la formation théorique et pratique est constitué à partir du « curriculum de formation de base ». Ce curriculum est établi par le groupe « UzMep ». Ce groupe travaille sur l'organisation de la formation en spécialité de médecine générale depuis le début. TAHUD a également déterminé un « curriculum de formation de base » mais postérieurement au groupe UzMep dont le curriculum a servi de base. Celui-ci détermine le minimum obligatoire des connaissances et compétences à acquérir pour les futurs médecins généralistes. Il est fondé sur les recommandations internationales, notamment de la WONCA, d'EURACT, et de l'UEMO.

Ce programme minimum, qui couvre les trois ans de formation, comprend une partie théorique qui est enseignée dans le département et une partie pratique correspondant aux compétences à acquérir lors des stages hospitaliers et de médecine générale.

Au programme théorique de base s'ajoutent des thèmes choisis par les enseignants en fonction des besoins du moment, et des thèmes choisis par les internes à la fin de chaque année universitaire pour l'année suivante, c'est-à-dire en juin pour le mois de septembre. A partir de l'ensemble des thèmes, le Comité Académique, constitué des

enseignants du département, élabore un programme définitif qu'il soumet au « Comité de l'Enseignement Post gradué » qui est responsable de la formation des spécialités médicales à la faculté. Ce programme est ensuite validé par le Conseil de la Faculté et le Décanat.

Chaque interne se voit distribuer au début de sa formation, un livret contenant ce programme ainsi qu'une présentation générale de l'organisation de la formation en médecine générale et le règlement de la faculté.

2.3.6. Les activités d'enseignement du département

La formation théorique est dispensée durant l'année universitaire, soit la période allant du 1^{er} Octobre au 15 juin. Elle a lieu dans le département de médecine générale, et toute l'équipe, enseignante et étudiante, a l'obligation d'y assister.

Le programme de la formation théorique de base est étalé sur trois ans, durée de la formation légale de l'interne en médecine générale. Tous les internes, quel que soit leur niveau, assistent aux mêmes cours qui sont donc communs. Ainsi, quelle que soit sa date d'arrivée au sein du département de médecine générale, à la fin de son cursus, chacun aura suivi la même formation.

Le programme de la formation théorique minimale s'articule autour de huit thèmes principaux qui sont :

- Les thèmes généraux, par exemple l'approche clinique en médecine générale ou l'approche du patient dans sa dimension psychologique, sociale et corporelle, etc.
- La communication
- Les fondements de la médecine générale
- L'application clinique en médecine générale
- L'approche de la médecine générale dans le domaine de la santé publique
- La recherche et le travail académique
- Le cadre éthique et légal
- L'éducation du patient en niveau de 1^{er} recours.

Les thèmes complémentaires s'adaptent aux besoins du moment, par exemple, il y a eu un cours sur le virus H1N1 en 2009-2010. Outre le fait de proposer des thèmes qu'ils veulent voir aborder, les internes choisissent aussi l'enseignant qui présentera

le sujet. L'objectif est de s'adapter aux besoins de l'interne, mais aussi de le faire participer activement à sa formation. Ceci est appliqué au sein de la faculté pour toutes les disciplines. En effet, dispenser une formation dite « active » est la philosophie de la Faculté du 9 Septembre, que ce soit au niveau de l'enseignement du tronc commun ou des spécialités. Pour chaque année, sur les 40 thèmes abordés au département de médecine générale, la moitié est choisie par les internes.

Les thèmes fondamentaux sont enseignés dès le début de la formation en médecine générale. Pour chaque nouvel interne, une formation dite « formation d'adaptation » est dispensée durant les quinze premiers jours suivant son arrivée. Rappelons qu'en Turquie, comme le concours national d'accès aux études spécialisées se déroule deux fois par an, en avril et en septembre, de nouveaux internes arrivent donc dans le département deux fois dans l'année. L'objectif de cette formation est d'une part de présenter au nouvel interne le déroulement de son cursus avec ses objectifs, et d'autre part d'enseigner les fondements et bases de la médecine générale. Ainsi, une dizaine de cours sont dispensés sur deux semaines.

Les thèmes qui ont été enseignés aux derniers internes sont les suivants :

- Présentation du programme de formation du département de médecine générale
- Définition de la médecine générale et de ses fondements
- La philosophie de la médecine générale
- L'approche biopsychosociale
- La méthode clinique en médecine générale
- Définir des objectifs d'apprentissage et l'apprentissage réflexif
- La médecine générale dans le monde et en Turquie
- Le rôle du médecin de famille lors de l'entretien avec le patient
- Les méthodes de l'interrogatoire et de l'examen clinique
- L'enregistrement des données de l'interrogatoire et de l'examen clinique

Ensuite durant l'année, la formation théorique a lieu le jeudi après midi dans la salle de cours du département de médecine générale. Elle se fait de diverses façons :

- cours effectués par un enseignant du département, ou alors un enseignant d'une autre discipline, « invité » selon le sujet abordé. Ils sont en général faits sur un mode interactif ;

- présentations faites par un interne : chaque interne doit présenter au moins un sujet dans l'année ;
- présentation de cas cliniques avec débats ;
- débats divers dans le cadre d'un apprentissage réflexif au sein de groupes de travail, concernant par exemple l'indication d'un examen complémentaire dans une situation donnée.

Par ailleurs, des séminaires sont organisés afin de dispenser une formation spécifique théorique et pratique sur un sujet précis. Ces séminaires se font sous forme de cours, puis des groupes de travail sont constitués, et il y a des ateliers d'application pratique. Ils se déroulent sur deux jours ou alors plusieurs demi-journées.

Ils sont, pour la plupart, organisés par le département, mais peuvent l'être aussi par la faculté, comme par exemple, le séminaire sur la « prescription intelligente des médicaments » qui concerne tous les internes quelle que soit leur spécialité. L'objectif de ce séminaire est la prescription du médicament le plus adapté à une situation donnée, après évaluation des bénéfices et des risques, en prenant en compte les indications, les effets indésirables, l'efficacité, mais aussi le coût final. Il y a aussi un séminaire sur le développement professionnel.

Un séminaire est organisé par le département de médecine légale sur le cadre médico-légal en médecine générale.

Un séminaire sur le planning familial a été mis en place par le ministère.

Les séminaires organisés par le département sont les suivants :

- Formation à la lecture d'une radiographie pulmonaire
- Formation à l'électrocardiogramme
- Formation à l'arrêt du tabagisme
- Formation à la réalisation de frottis cervicaux et d'examens de laboratoire
- Formation à la prise en charge du patient hypertendu
- Formation à la prise en charge d'un patient présentant une douleur pharyngée
- Formation sur la médecine basée sur les preuves (Evidence Based Medicine)
- Formation sur les pathologies rhumatologiques
- Formation à la recherche, que nous développerons plus loin
- Formation sur l'apprentissage au contact du patient
- Formation à l'éducation du patient

Une formation théorique peut être dispensée sur certains lieux de stages hospitaliers mais ne sont pas orientés vers la médecine générale.

Il n'y a pas de formation à la gestion d'un centre de santé mais c'est un projet pour l'année prochaine.

Tous les mardis midi, il y a une séance de présentation d'articles scientifiques.

2.3.7. Les stages hospitaliers

Jusque fin 2010, l'organisation de la formation était basée sur le Règlement de 1983. Au département de médecine générale de la Faculté de Médecine de l'Université du 9 Septembre, comme dans la majorité des universités de Turquie, la maquette de stages a été modifiée. A Izmir, les stages hospitaliers avaient une durée de 22 mois et 14 mois étaient consacrés au stage de médecine générale. En fait, ceci avait été rendu possible en diminuant officieusement la durée de chacun des stages hospitaliers, avec bien sûr l'approbation des instances universitaires supérieures. Mais il s'agissait d'un accord tacite avec les responsables des autres disciplines puisque pour valider la formation des internes en médecine générale au niveau du Ministère de la Santé, il fallait prouver que chacun des stages avait été effectué conformément à l'ancien règlement. Ceci était une grande source de stress pour chaque interne puisqu'il y avait toujours la crainte que le Chef du département d'un des lieux de stages « externes » refuse la validation du stage.

Tableau 2 : Comparaison entre la maquette de stages déterminée selon le Règlement de 1983 et celle du département de médecine générale d'Izmir

Lieu de stage	Durée selon ancienne maquette	Durée modifiée par le département de médecine générale
Médecine interne	9 mois	3 mois
Pédiatrie	9 mois	4 mois
Gynécologie- Obstétrique	8 mois	4 mois
Psychiatrie	4 mois	2 mois
Urgences	6 mois	1 mois
Chirurgie générale		2 mois
Cardiologie		1 mois
Pneumologie		1 mois
Orthopédie		2 semaines
Ophtalmologie		2 semaines
Stage électif		2 mois
Total	36 mois	22 mois
Médecine générale		14 mois
Total	36 mois	36 mois

Le stage électif permet de compléter la formation. Il était réalisé en général en dermatologie pendant 1 mois et ORL pendant 1 mois.

Depuis fin juin 2010, c'est la maquette du nouveau règlement qui est entrée en vigueur. Cette nouvelle maquette a peu modifié l'ancienne maquette du département de médecine générale d'Izmir, puisque celle-ci comportait déjà un stage de médecine générale. Cependant, tous les départements et hôpitaux de formation et de recherche sont dans l'obligation de respecter la répartition 18 mois de stages

hospitaliers et 18 mois de stage de médecine générale. Pour ajouter des stages supplémentaires, il est possible de les mettre en place sous forme de stages optionnels dont les durées sont comptabilisées sur celle du stage de médecine générale.

Tableau 3 : Nouvelle maquette officielle faisant suite au règlement de 2009 et nouvelle maquette modifiée du département de médecine générale d'Izmir:

Lieux de stage	Nouvelle maquette officielle	Nouvelle maquette du département de médecine générale
Médecine interne	4 mois	4 mois
Pédiatrie	5 mois	5 mois
Gynécologie-Obstétrique	4 mois	4 mois
Psychiatrie	2 mois	3 mois
Pneumologie	1 mois	1 mois
Cardiologie	1 mois	1 mois
Chirurgie Générale	1 mois	1 mois
Orthopédie		2 semaines
Ophtalmologie		2 semaines
Dermatologie		1 mois
Urgences		1 mois
Médecine générale	18 mois	14 mois
Total	36 mois	36 mois

Le stage de gynécologie-obstétrique a lieu au CHU pendant 3 mois et à l'Hôpital de Formation et de Recherche Atatürk à Konak pendant 1 mois, car le CHU étant un établissement de 3^{ème} niveau de recours, les accouchements sont en général pathologiques. Or l'interne en médecine générale doit apprendre à réaliser des accouchements normaux dans le cadre de sa formation. De plus, il doit aussi apprendre à réaliser des IVG, à poser et enlever des dispositifs intra utérins. Il se rend pour cela pendant 1 mois à la maternité de Konak. Mais cette dernière formation fait partie du stage de médecine générale et non des stages hospitaliers.

Les stages de dermatologie et d'urgences sont réalisés dans le cadre des stages optionnels. En effet, le stage d'urgences a été supprimé de la nouvelle maquette de stages officielle, mais il est estimé important par le département de médecine générale qui l'a maintenu.

Par ailleurs, le stage de psychiatrie a une durée de 3 mois au lieu de 2 officiellement préconisés.

Ainsi, la maquette de stages du département de médecine générale n'a pas subi de grandes modifications avec le nouveau règlement, mais désormais, le stage de médecine générale est devenu officiel, ce qui a énormément soulagé l'équipe académique.

Ceci est l'organisation globale de la maquette de stages. L'ordre de réalisation des différents stages est variable. Les internes réalisent tous leurs stages au CHU du 9 Septembre, donc dans les mêmes services. Les uniques lieux extérieurs au CHU où ils se rendent sont l'Hôpital de Formation et de Recherche Atatürk pendant 1 mois dans le cadre du stage de gynécologie obstétrique, et la Maternité de Konak.

Les stages hospitaliers peuvent être fractionnés comme c'est le cas pour le stage de médecine interne ou de pédiatrie par exemple, qui sont réalisés en deux fois. Le stage de médecine générale est également fragmenté, et effectué en plusieurs fois pour que l'interne puisse appliquer rapidement ce qu'il a appris lors des stages « externes » à la médecine générale, et aussi afin qu'il puisse intégrer progressivement l'approche spécifique de la médecine de famille. Mais pour les nouveaux internes, le stage de médecine générale sera effectué à la fin du cursus pour que l'interne termine sa formation uniquement dans un cadre de médecine générale.

Certaines règles sont respectées pour la répartition des stages hospitaliers. Il est fait en sorte que le stage de Pneumologie soit effectué en hiver en priorité, parce que les

pathologies infectieuses pulmonaires sont plus fréquentes à cette période. Les stages de pneumologie et d'urgences sont réalisés après la pédiatrie et la médecine interne. Le stage de psychiatrie est plutôt réalisé en 2^{ème} année lorsque cela est possible. De plus, la situation personnelle de l'interne est prise en considération. Ainsi, par exemple, si l'interne a prévu de se marier durant l'année, la répartition est alors organisée de façon à ce que l'interne puisse s'absenter facilement, car ceci n'est pas possible pour tous les lieux de stage.

Les stages à effectuer sont déterminés à l'année en prenant en compte tous ces éléments.

En ce qui concerne l'organisation interne des stages hospitaliers, des directives ont été mises en avant par le département de médecine générale, afin que la formation soit optimale. Tout est codifié : la répartition des périodes du stage entre la polyclinique (correspondant au secteur des consultations) et le secteur d'hospitalisation est bien établie, mais celle-ci est plus ou moins respectée.

Pour chaque stage hospitalier, une liste d'objectifs d'apprentissage théorique et pratique est déterminée à partir du « programme de formation de base », avec pour la pratique le nombre de fois où l'activité doit être réalisée. Ces objectifs sont communiqués à l'interne au début de sa formation et les actes réalisés sont notés par lui-même dans le « cahier de notation des activités » qui est rangé dans son carnet.

Pendant ses stages hospitaliers, l'interne de médecine générale a les mêmes droits et responsabilités que l'interne de même niveau de la spécialité correspondante.

La validation du stage hospitalier se fait par le Chef de Service qui signe une attestation stipulant que l'interne a bien effectué le stage conformément à la réglementation. Ce sont les enseignants du département de médecine générale, et notamment le tuteur, qui vérifient que les objectifs du stage ont été atteints. C'est le chef du département qui valide ensuite définitivement le stage.

2.3.8. Le stage de médecine générale

Le stage de médecine générale qui ne faisait pas partie de la maquette de formation officielle en médecine générale, a été ajouté en juin 2010. Cependant, le département d'Izmir l'a instauré dès le début, estimant que c'est l'unique façon de former les futurs médecins de famille de façon spécifique. Il n'y a pas eu de réel

changement entre l'ancienne et la nouvelle organisation de la maquette à Izmir, comme l'a souligné le Professeur GULDAL. Avant, le stage de médecine générale avait une durée totale de 14 mois mais cette période comprenait la formation d'un mois à la maternité de Konak, les 15 jours de formation d'adaptation au début du cursus, et 2 mois étaient réservés au travail de thèse. L'interne ne passait réellement que 10 mois dans le département de médecine générale pour se former spécifiquement à l'exercice de son futur métier. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles la durée est souvent prolongée, et atteint 3 ans et demi voire 4 ans.

Avec le nouveau règlement, ce stage a une durée de 18 mois. Mais certains stages, qui sont estimés nécessaires, sont réalisés en tant que stages électifs, et leur temps de réalisation est emprunté à celui du stage de médecine générale. Ainsi, dans les 18 mois réservés normalement au stage de médecine générale, l'interne effectue 1 mois en dermatologie, 1 mois aux urgences, 15 jours en orthopédie, 15 jours en ophtalmologie, 1 mois de formation à la maternité de Konak, 15 jours sont consacrés à la formation d'adaptation au début, et 2 mois à la thèse. Il reste alors environ 12 mois de stage pour la médecine générale. Il n'y a donc pas une grande différence entre les deux maquettes.

Pour ce qui est du déroulement du stage dans le département, celui-ci se fait de façon fractionnée. Il y a d'abord la formation d'adaptation, puis par la suite, de courtes périodes sont intercalées entre les stages hospitaliers. L'objectif est que les internes puissent appliquer rapidement ce qu'ils ont appris ailleurs, selon les règles de la médecine générale, car l'approche dans les différents services est différente de la médecine de 1^{er} recours. Cependant, avec l'arrivée des nouveaux internes, cette organisation va changer pour que les internes de médecine générale terminent leur cursus dans le cadre de la discipline.

La période purement réservée à la formation pratique en médecine générale est constituée de deux parties. Une partie se déroule dans ce qu'on appelle « l'unité d'application de la médecine de famille » c'est-à-dire la polyclinique qui est un service de consultations en médecine générale. L'autre partie a lieu dans un centre de santé familiale, mais ceci est un fait récent. Les internes de dernière année s'y rendent depuis 2010. Initialement, ce stage avait une durée de 15 jours, maintenant il est de deux mois. Donc sur les 12 mois de stage effectif en médecine générale, les internes passent deux mois dans un centre de santé à Konak, où ils sont pris en charge par le Docteur Sehnaz HATIPOGLU, qui a suivi la formation de pédagogie

dispensée par le département de médecine générale d'Izmir. Pour le moment, elle est la seule à être formatrice sur le terrain pour les internes.

➤ La formation dans l'unité d'application de la médecine générale.

En général, le nombre d'internes en stage dans le département est de 3 à 5. Mais cet effectif sera amené à varier par la suite avec l'augmentation du nombre de postes d'interne. L'interne est responsable des patients qu'il voit, de la bonne tenue des dossiers, du bon déroulement de l'activité de la polyclinique et de la bonne tenue du matériel. Il doit en outre, durant ce stage, participer aux diverses activités du département concernant l'enseignement, la recherche, les activités culturelles ou sociales.

L'objectif du stage de médecine générale est d'apprendre la prise en charge des patients selon les principes de la médecine de 1^{er} recours, d'appliquer tout ce qui a été enseigné au niveau théorique mais aussi ce qui a été appris lors des stages hospitaliers, selon l'approche spécifique de la discipline.

Cet apprentissage se fait sous la forme d'une formation individuelle, encadrée par un enseignant, et au contact du patient. L'interne est au départ observateur, puis réalise lui-même les consultations qui sont supervisées par un enseignant. Par la suite, avec l'expérience, il consulte seul et fait le point avec le formateur. Une fois la consultation faite, les données médicales sont enregistrées au niveau informatique et les examens complémentaires demandés si nécessaire.

Cette formation est très protocolaire. Un dossier est remis à l'interne au début du stage, le « dossier de développement personnel » qui contient les différentes fiches qu'il aura à compléter durant son stage. L'objectif est que l'interne établisse tout au long de son stage des plans d'apprentissage en fonction des besoins ressentis dans le cadre du niveau de 1^{er} recours. Ce dossier est évalué avec l'interne tous les mois avec son tuteur, durant tout le cursus puisque le stage s'étale sur les 3 ans.

A chaque consultation, l'interne est évalué par l'enseignant superviseur au moyen d'un formulaire contenant une liste d'objectifs à atteindre par l'interne, le « formulaire de retour d'information de la consultation » (Annexe 2), que l'enseignant remet à la fin à l'interne. Celui-ci peut ainsi déterminer les lacunes qu'il a à combler. Par ailleurs, il remplit lui aussi un formulaire, le « formulaire d'information de la consultation » (Annexe 2), où il doit noter les connaissances et expériences

acquises, avec les objectifs d'apprentissage à atteindre. Et à partir de ces objectifs qu'il a déterminés, il devra établir un plan d'apprentissage selon le « formulaire du plan d'apprentissage individuel » (Annexe 2). A la fin de chaque mois, le tuteur de l'interne évalue ce qui a été fait et répertorié dans le « dossier de développement personnel » selon également un plan bien précis défini dans le « formulaire d'évaluation du dossier de développement personnel » (Annexe 2).

Une fiche de validation de stage est établie à la fin.

➤ Formation dans un centre de santé familiale

Cette formation est récente. Sa durée a été augmentée de 15 jours à 2 mois. C'est la formation sur le terrain de l'interne en médecine générale. Durant ce stage, les internes voient en consultation les patients avec le Docteur Sehnaz HATIPOGLU. Comme il s'agit d'un stage qui a été mis en place depuis peu, la formation n'est pas autant codifiée qu'elle l'est à la polyclinique du département. Pour le Docteur HATIPOGLU, l'avantage est que l'interne est formé dans un réel contexte de 1^{er} recours, et le nombre de patients étant plus important, le profil est également plus varié. Elle nous a rappelé que le travail est beaucoup plus représentatif du futur travail des internes en médecine générale, puisque c'est dans ce contexte qu'ils seront pour la plupart amenés à exercer, et que c'est l'occasion pour l'interne d'apprendre la façon dont est géré un centre, mais aussi de voir comment travaille le personnel paramédical et quel est son rôle.

2.3.9. La formation à la recherche

Les enseignants du département nous ont confié l'importance de la formation à la recherche qui occupe une place importante dans l'enseignement universitaire à Izmir, et que l'objectif de cette formation est d'apprendre aux futurs médecins de famille à mener des travaux de recherche, de leur transmettre les outils nécessaires. La formation est d'ailleurs essentiellement centrée sur les méthodes utilisées dans le domaine de la recherche. Un autre objectif est de leur apprendre à rechercher les informations, et à distinguer celles qui sont pertinentes et exploitables de celles qui ne le sont pas. Le Docteur MEVSIM nous a précisé que, dans le cadre de leur exercice, certains d'entre eux seront amenés à devoir faire des recherches sur les

caractéristiques de la population des zones géographiques dont ils auront la charge, et que c'est aussi l'une des raisons pour laquelle cette formation est si importante.

La formation à la recherche comprend une partie théorique et une partie pratique. Les bases théoriques sont enseignées au cours du séminaire de formation à la recherche. Ce séminaire est organisé sur plusieurs demi-journées sous forme de cours, et de groupes de travail. Il y a 12 cours regroupés en 3 thèmes principaux (Détail en annexe 3):

- Les particularités fondamentales en recherche
- La méthodologie de la recherche
- Les méthodes statistiques de base

La partie pratique contient de nombreuses mises en application. Tout d'abord à la suite du séminaire, les internes doivent monter un projet de recherche et le présenter au département. Celui-ci est évalué par l'équipe enseignante selon une grille. Sont jugées surtout la méthode utilisée ainsi que la présentation du projet. Le but est qu'ils apprennent à élaborer un projet de recherche. Un examen a lieu à la fin de l'année en mai concernant les méthodes statistiques. Il est composé d'une trentaine de questions à choix multiples et de quelques questions à réponse ouverte et courte.

Des séances de présentations d'articles scientifiques ont lieu les mardis à midi. Cette analyse est surtout axée sur les méthodes utilisées. Les articles sont prioritairement choisis en fonction de leur lien avec la réalité, c'est-à-dire ceux qui vont être utiles pour la pratique quotidienne en médecine générale.

L'interne au cours de son cursus doit réaliser deux mémoires, comportant chacun 2000 mots, un à la fin de la 1^{ère} année et un à la fin de la 2^{ème} année. Le premier doit porter sur l'éthique et le cadre légal en médecine générale. L'interne peut solliciter l'aide, si besoin, du département d'éthique médicale ou de médecine légale. Le deuxième doit concerner le domaine de la santé publique appliquée à la médecine générale. L'interne peut là aussi se faire assister par le département de santé publique si besoin.

Par ailleurs, durant les trois ans de formation, l'interne doit participer à au moins une activité de recherche dans le département. Enfin, la thèse constitue aussi un travail de recherche. Elle doit concerner la médecine générale et son champ d'action.

2.3.10. Participation de l'interne aux activités académiques

A Izmir, les internes de spécialité en médecine générale participent aux activités du département à tous les niveaux. Ils prennent une part active dans leur propre formation, mais participent également à la formation des étudiants en médecine des 4 premières années en même temps que les enseignants. Ils accompagnent ces derniers lors des cours dispensés à la faculté. Ils les prennent en charge aussi lorsque ces derniers effectuent leurs stages dans le département.

Les plus anciens internes s'occupent de la formation d'adaptation des nouveaux arrivés en dispensant certains des cours. Par exemple, dernièrement, un interne de dernière année a fait le cours sur l'interrogatoire et l'examen physique en médecine générale.

L'objectif est de les encourager à l'enseignement et de leur permettre d'acquérir des notions de formateurs. Le fait de les faire participer à l'enseignement est source de motivation, précise le Professeur GULDAL.

Ils doivent, par ailleurs, participer à au moins un congrès au cours de leur formation, de façon plus ou moins active. Ils peuvent y assister en tant que spectateurs mais peuvent parfois être amené à réaliser des posters, ou organiser des séminaires de formation. Ainsi, au Congrès de Médecine de 1^{er} recours à Cesme en 2009, le séminaire de formation sur les examens de laboratoire a été assuré par les internes du département.

Au niveau de la recherche aussi, les internes doivent ,comme nous l'avons vu, participer aux activités du département.

2.3.11. L'enseignement de l'approche spécifique en médecine générale

Un des objectifs principaux de la formation universitaire en médecine générale à Izmir est d'enseigner l'approche spécifique de la médecine de premier recours. En effet, on apprend à l'interne à prendre en charge le patient dans sa globalité, selon l'approche biopsychosociale, qui est la base de toute la formation. Le Docteur Tolga GUNVAR nous explique que jusque là, l'interne durant ses études médicales était formé selon une logique biomédicale centrée sur la maladie, où l'objectif était surtout de poser un diagnostic, et que cette logique plutôt linéaire avait pour but d'établir des relations de cause à effet. Il nous rappelle qu'en médecine générale, l'objectif est de

prendre en compte le patient dans toutes ses dimensions, de comprendre la complexité de son fonctionnement et que c'est la raison pour laquelle, dans le département, dès le départ, des cours sur la spécificité de la prise en charge des patients en médecine générale sont dispensés, lors de la formation d'adaptation. Il y a par exemple un cours sur l'approche biopsychosociale et un autre sur les principes de la médecine générale. Mais aussi durant toute l'année, les thèmes théoriques sont enseignés dans ce sens.

L'importance du suivi du patient en médecine générale est aussi mise en avant. Certains cours apprennent la façon dont doit être assuré le suivi du patient dans le cadre de certaines pathologies.

Un autre point important de l'approche du niveau de premier recours qui est enseigné est celui de l'approche clinique. Le Docteur MEVSIM souligne le fait que le médecin de famille est confronté à des maladies à prévalence faible en niveau de premier recours, et que la prise en charge d'un même symptôme est différente selon le niveau de recours. Elle nous explique que les enseignants tentent de transmettre ceci à leurs internes en rappelant régulièrement les différences d'approche entre le 1^{er} niveau de recours et les autres niveaux. Par exemple, un débat a été organisé sur la prise en charge d'une douleur lombaire en niveau de 1^{er} recours, et l'indication d'une IRM. L'objectif est d'apprendre à l'interne à raisonner afin de privilégier l'approche clinique, et non les examens complémentaires inutiles. D'ailleurs, le Docteur GUNVAR pointe le fait que souvent les médecins généralistes se plaignent d'un manque de moyens par rapport à d'autres spécialités, et éprouvent pour cela un complexe d'infériorité. Il souligne l'importance de l'approche clinique en médecine générale, et surtout la nécessité d'une prise de décision réfléchie favorisant cette approche. Il précise que nous avons l'avantage en médecine générale, de pouvoir nous donner du temps pour suivre l'évolution d'un tableau clinique sans devoir établir de diagnostic formel d'emblée. Le département mène de nombreuses études sur cette approche clinique en médecine générale.

Ensuite il y a une mise en application lors du stage de médecine générale où on apprend à chaque interne à poser les bonnes questions qui vont permettre de cerner le patient dans toutes ses dimensions de façon systématique. C'est un apprentissage par l'expérience affirme le Docteur GUNVAR. Il y a d'ailleurs actuellement un projet

de thèse en cours sur cette approche biopsychosociale dans la pratique des médecins généralistes à Izmir. Un séminaire sur l'apprentissage au contact du patient est spécifiquement organisé pour apprendre à mener une consultation selon les principes de la médecine générale.

Le fractionnement du stage de médecine générale sur l'ensemble du cursus a pour objectif d'aider l'interne à intégrer progressivement l'approche spécifique de la médecine générale et à orienter son apprentissage en conséquence.

2.3.12. La formation à la relation médecin-patient et à l'éducation du patient.

Durant les entretiens, l'importance de la relation médecin-patient ainsi que savoir éduquer le patient ont été régulièrement soulignés. On nous a rappelé que le médecin généraliste a un rôle de soin mais aussi de prévention, et que dans les deux cas, il doit savoir établir un contact adapté pour faire adhérer le patient à sa prise en charge thérapeutique, et pour améliorer l'observance du traitement et des mesures prescrites à visée préventive. Savoir éduquer son patient fait partie des objectifs de la formation. Pour l'un des enseignants, si le patient ne suit pas correctement le traitement qui a été mis en place, c'est une source de déception pour le médecin généraliste qui peut vivre la situation comme un échec. Les internes sont donc formés dans ce sens. Un cours sur l'entretien avec le patient a lieu lors de la formation d'adaptation. Ensuite, divers cours couvrent les thèmes de la communication et l'éducation du patient : les techniques de communication, la thérapie cognitivo-comportementale, l'empathie, etc. Un séminaire sur l'éducation du patient en niveau de 1^{er} recours est également organisé, où sont enseignées non seulement la manière dont doit se faire l'éducation du patient, mais aussi la façon dont doit être expliqué le traitement.

Tout ceci est mis en application au cours du stage de médecine générale et évalué à chaque consultation. Par ailleurs, des médecins généralistes travaillant sur le terrain viennent faire part de leurs expériences, afin que les internes qui n'ont jamais travaillé sur le terrain puissent se faire une idée de la façon dont un médecin généraliste travaille en réalité, pour ne pas subir une désillusion lors de leur exercice. Une enseignante précise que la formation ayant lieu dans un cadre uniquement universitaire, il est important de mettre les futurs médecins de famille en contact avec

des médecins en activité pour les préparer à la réalité du terrain qui peut parfois s'éloigner considérablement de l'expérience académique.

2.3.13. L'évaluation de la formation

2.3.13.1. Durant le cursus

- L'évaluation continue

L'interne est évalué de façon permanente via les présentations qu'il doit effectuer en nombre précis, les mémoires à réaliser les deux premières années, les participations aux différentes activités de recherche, les consultations avec l'enseignant, etc. De plus, il doit régulièrement faire le point avec son tuteur qui évalue sa progression. Cette évaluation est objective et systématisée. En effet, à la faculté d'Izmir, l'ensemble de la formation théorique et pratique est apprécié selon un système de notation par « crédits ». Il s'apparente au système américain et permet d'évaluer de façon continue l'étudiant. Le nombre de crédits minimum à acquérir pour une qualification suffisante dans la discipline est déterminé.

La cotation de la formation théorique se fait en crédits/heure, c'est à dire que chaque participation à une activité, comme par exemple un cours ou une réunion, vaut 1 crédit par heure, et en cas de présentation par l'interne, l'activité vaut 2 crédits.

Tableau 4 : Valeur en crédits pour chaque activité de la formation théorique :

Les activités de la formation théorique			
Dénomination de l'activité	Valeur en crédit		Minimum de crédits à attendre
	Participation	Présentation	
Cours des enseignants	1/h		100 crédits/an
Séminaires	1/h	x2	
Conférences	1/h	x2	
Cas clinique	1/h	x2	
Article scientifique	1/h	x2	
Réunions du département	1/h	x2	

Les 2 mémoires de recherche réalisés en 1^{ère} et 2^{ème} année valent chacun 4 crédits qui s'ajoutent au total des crédits à obtenir concernant les activités de recherche.

Tableau 5 : Valeur des autres activités de recherche

Dénomination de l'activité	Nombre de crédits
Présentation ou poster réalisés lors d'un congrès national	3
Présentation ou poster réalisés lors d'un congrès à l'étranger	5
Réalisation d'un article scientifique national	6
Réalisation d'un article international	10
Participation à un congrès	1
Mémoire en 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année	4 chacun

Pour la formation pratique, chaque activité donne droit à un nombre de crédits bien précis, et le nombre de réalisation pour chacune d'entre elles est précisé. Il en découle un nombre de crédits à obtenir pour chaque acte. Par exemple, l'interne tout au long de son internat, doit réaliser dix ponctions lombaires, cinq au cours du stage de pédiatrie et cinq en maladies infectieuses. Chaque ponction lombaire vaut 0.2 crédits. L'étudiant devra donc obtenir un minimum de 0.2 fois 5, soit 1 crédit pour ce geste en pédiatrie et 1 crédit en maladie infectieuse, et donc 2 crédits durant son cursus. Chaque examen clinique et chaque geste réalisé durant le stage de médecine générale est également comptabilisé.

Le tout est noté dans le Carnet de l'Interne qui se présente sous la forme d'un classeur et qui constitue le portfolio.

L'interne de médecine générale doit obtenir à chaque niveau (A3, A2, et A1), 100 crédits minimum pour la formation théorique et 75 crédits minimum pour la formation pratique.

Tous les 6 mois, l'ensemble des crédits obtenus pour les activités théoriques, pratiques, et de recherche, est noté dans la « fiche d'aptitude de l'étudiant en spécialité ». Le tuteur établit un compte rendu avec ses observations concernant l'étudiant et le chef du département, à la lumière de tous ces éléments, rédige un rapport.

En même temps que le recueil de toutes ces données, l'interne doit remplir le « formulaire de retour d'information », préparé par le Comité de l'Enseignement Post gradué, et distribué à tous les étudiants de la faculté chaque année au mois de Mai. Ceux-ci doivent rendre compte de leurs observations concernant la formation qu'ils reçoivent, les diverses activités dans le département et les lieux de stage, ainsi que leur tuteur. L'évaluation se fait ainsi aussi dans le sens inverse à la faculté d'Izmir, qui estime important d'avoir un retour des étudiants pour améliorer et développer la formation.

Tout ceci est évalué par le Comité de l'Enseignement Post graduée et envoyé au Décanat.

- L'examen de fin d'année

Au mois de mai de chaque année, tous les internes de la discipline passent un examen, en général sur support informatique, mais en 2010, c'était un examen écrit. Il couvre le programme de l'ensemble du cursus de médecine générale. Tous les internes passent le même examen mais c'est la note minimale à obtenir qui varie selon le niveau de l'interne. Ainsi, en niveau A3, l'interne doit obtenir au moins 40/100, en niveau A2, un minimum de 60/100, et en niveau A1, 80/100.

L'examen comporte environ une centaine de questions sous forme de questions à choix multiples (QCM) ou questions à réponse ouverte et courte (QROC). Les questions peuvent être générales ou plus spécifiques, comme par exemple l'interprétation d'un ECG ou d'une RP.

Les questions sont préparées par les enseignants du département de médecine générale mais aussi par ceux des autres disciplines, venus faire cours aux internes de médecine générale. Ces derniers élaborent aussi des questions pour l'examen à propos des présentations qu'ils ont faites. La construction d'une question d'examen se fait selon une grille bien spécifique.

En résumé, pour passer du niveau A3 au niveau A2, c'est-à-dire de la 1^{ère} à la 2^{ème} année, il faut avoir totalisé 100 crédits pour la formation théorique, 75 crédits pour les activités pratiques, 4 crédits pour le mémoire correspondant au niveau A3, et avoir obtenu une note de 40/100 à l'examen annuel.

Pour passer du niveau A2 à A1, il faut avoir totalisé 100 crédits pour la formation théorique, 75 crédits pour la formation pratique, 4 crédits pour le mémoire correspondant au niveau A2 et avoir obtenu 60/100 à l'examen annuel.

Pour valider l'année A1, il faut avoir obtenu un total de 100 crédits pour la formation théorique, 75 crédits pour la formation pratique, et une note de 80/100 à l'examen annuel. En plus, l'interne doit avoir cumulé 15 crédits pour ses activités de recherche durant tout le cursus, et 96 crédits pour les activités de développement académique.

En cas de crédits ou de note à l'examen écrit insuffisants, la durée passée dans le niveau peut être prolongée de 3 mois, renouvelé au maximum 1 fois. En cas d'insuffisance à 3 reprises, il est mis fin à la formation de l'interne, quel que soit son niveau.

2.3.13.2. *En fin de cursus*

- La thèse

La préparation d'une thèse est obligatoire pour les internes de médecine générale comme pour tous les internes de spécialité.

Le sujet doit être original et concerner le domaine de la médecine générale. Il est choisi par l'interne ou un enseignant. Il est déterminé durant les 18 premiers mois du cursus. Le directeur de thèse est désigné selon le sujet. Ensuite, l'interne monte un projet de travail de thèse qu'il présente lors d'une réunion à toute l'équipe du département, internes et enseignants, afin de recueillir les avis de chacun et ouvrir un débat. Le projet doit être accepté par le Comité d'Ethique de la faculté, le sujet est ensuite porté à la connaissance du Décanat.

Le Comité Académique du département de médecine générale doit être averti de tout changement effectué dans la thèse ainsi que le Décanat, dans les 15 jours.

Les modalités d'écriture et d'imprimatur se font selon les règles établies par le Comité des Standards Académiques. La thèse est ensuite analysée par un jury, qui valide le travail et une date est fixée pour l'examen final par le Décanat

- L'examen final.

Le jury d'examen est constitué de 5 membres constitués des enseignants du département et parfois d'un membre venant d'une autre faculté, mais qui est un spécialiste de médecine générale. Ce jury est déterminé par le Décanat. L'examen final est un examen oral qui comprend plusieurs parties :

- Une 1^{ère} partie où l'interne réalise une consultation auprès d'un patient, qui est filmée. Ensuite, les membres du jury visionnent l'enregistrement et évaluent la consultation. Ils posent ensuite des questions sur les spécificités de la consultation en médecine générale, les particularités du patient et sur ses pathologies ;

- puis, la thèse est abordée : les membres du jury posent des questions à son sujet ;

- en dernier, l'interne est interrogé à propos de sujets spécifiques traités en cours tels que l'arrêt du tabagisme, l'infection par le virus HPV, les vaccinations, et les pathologies thyroïdiennes, par exemple.

A la fin de l'examen, les membres du jury délibèrent, et acceptent ou refusent la validation de la formation.

3. La formation non universitaire

A Izmir, la formation non universitaire des internes en médecine générale est assurée par trois hôpitaux de formation et de recherche situés tous les trois dans le district urbain de Konak. Cette formation existe depuis 1985, et est donc antérieure à la formation universitaire.

En 2009-2010, au total 30 internes suivaient une formation de spécialité en médecine générale dans les trois hôpitaux.

Il n'y a de département de médecine générale dans aucun des trois établissements. Les responsables de la formation des internes en médecine générale sont tous des médecins spécialistes autres que généralistes. Ce sont pour la majorité des médecins internistes. Nous avons appris que, depuis peu, le coordonnateur de la formation en médecine générale à l'Hôpital Tepecik est un chef de clinique en médecine générale. Celui-ci va bientôt accéder au statut de maître de conférences. Le département de médecine générale de la faculté a d'ailleurs de bons contacts avec ce responsable.

3.1. Organisation générale de la formation et cadre légal

Les internes qui suivent une formation dans ces hôpitaux n'ont aucun lien avec la faculté. Ils dépendent de l'hôpital et donc du Ministère de la Santé, représenté par la Direction Provinciale de la Santé d'Izmir au niveau local.

Lors de nos entretiens auprès des internes de ces hôpitaux, la formation était organisée suivant le règlement de 1983, selon laquelle la maquette de stages en médecine générale était constituée uniquement de stages hospitaliers. Il n'y avait pas de stage de médecine générale. Contrairement à la faculté de médecine, c'est cette organisation qui a été strictement appliquée dans les hôpitaux de formation et de recherche. Mais depuis la mise en place de la nouvelle maquette fin juin 2010, le stage en médecine générale va devoir être mis en place. La durée totale réglementaire de la formation est de 36 mois.

3.2. La formation théorique

Le règlement de 2002, qui ne modifie pas la maquette de stages, mais qui était celui en vigueur lors de notre recueil de données, laisse la responsabilité de mettre en place un programme de formation aux départements des spécialités responsables de la formation des internes. Or, il n'y a pas de département en médecine générale, et les responsables non généralistes n'établissent pas de programme de formation spécifique pour les internes en médecine générale. Il n'y a donc pas de formation spécifique en médecine de famille dispensée dans ces hôpitaux. Des cours sont parfois mis en place dans les différents lieux de stage mais ceux-ci ne sont pas dirigés vers la médecine générale. Il arrive même que les internes de médecine générale n'y soient pas conviés. Il n'y a pas non plus de formation à la recherche, ni théorique ni pratique.

Comme il n'y a pas de cours et pas de département de médecine générale, les internes en médecine générale ne se voient pas. Ils appartiennent en quelque sorte au département de la spécialité où ils se retrouvent en stage.

Le département de médecine générale de la faculté de médecine essaie d'organiser une formation théorique commune les jeudis après midi, mais la participation des internes de ces hôpitaux est variable car ils n'ont pas toujours la possibilité de se libérer.

3.3. Les stages hospitaliers

Selon l'ancienne maquette, les internes en médecine générale doivent réaliser un stage de 9 mois dans un service de médecine interne, 9 mois dans un service de pédiatrie, 8 mois dans un service de gynécologie-obstétrique, 6 mois dans un service d'urgences, et 4 mois dans un service de psychiatrie. A chaque nouveau stage, l'interne est considéré comme un débutant et n'a donc pas les mêmes droits que l'interne de même niveau de la spécialité correspondante.

En ce qui concerne l'organisation propre du stage, l'interne de médecine générale se retrouve dans les secteurs où on a besoin de lui, et non dans les secteurs qui contribueraient le plus à l'amélioration de sa formation. Il est ainsi souvent affecté dans les services plus que dans les polycliniques. Sa charge de travail est assez conséquente. L'objectif principal est d'assurer le service de soins. En fait, il existe

des directives concernant l'organisation des stages, que les responsables de la formation communiquent aux divers départements, mais celles-ci ne sont pas respectées.

L'interne ne bénéficie pas d'une formation spécifique à la médecine générale sur ses lieux de stage. Il est formé comme un spécialiste de la discipline correspondante.

La validation des stages se fait par le chef du service concerné qui atteste que l'interne a bien effectué son stage. Il n'y a pas d'évaluation spécifique. Mais par exemple, en psychiatrie à l'Hôpital Bozyaka, un examen a été mis en place depuis peu à la fin du stage, mais c'est un examen non spécifique.

3.4. L'évaluation

Il n'y a pas d'évaluation de l'interne durant son cursus. Il n'a pas de carnet comme à la faculté par exemple, où il pourrait noter tout ce qu'il fait. Il doit effectuer simplement tous ses stages, et une attestation de validation de stage est délivrée et adressée à son responsable. Il n'y a pas non plus d'examen annuel.

3.5. Validation du cursus

Pour valider sa formation, l'interne doit avoir validé tous les stages de la maquette de médecine générale, et avoir préparé une thèse dont le sujet est déterminé par le coordonnateur de la formation en médecine générale. Celle-ci doit être terminée 3 mois avant la fin du cursus, puis remise au jury de thèse. Ce dernier est composé de trois membres qui sont choisis par l'établissement de formation parmi les enseignants des disciplines dans laquelle l'interne a effectué ses stages, ainsi que parmi les responsables de la formation.

Ce jury évalue le travail de thèse et si celui-ci est validé, une date est fixée pour l'examen final de spécialité. Le jury de cet examen est différent de celui du jury de thèse. Il est constitué de cinq membres choisis selon les mêmes règles que le jury de thèse. L'examen final est un examen oral, où l'interne est soumis à des questions portant sur les différentes spécialités et sur la thèse.

4. Les problèmes

4.1. Les problèmes de la formation en général

4.1.1. Méconnaissance de la discipline

Le docteur Tolga GUNVAR nous a expliqué que l'un des problèmes majeurs en médecine générale en Turquie est la méconnaissance de la discipline par la population mais aussi par les médecins. Il a souligné le fait que le « modèle de médecine générale » s'est développé surtout depuis la réforme du système de santé dans le cadre du Programme de Transformation de la Santé en 2004, la discipline était quasi inconnue avant, et absente des esprits : « quand on parle de médecine générale, on nous demande ce qu'on fait exactement ! ». Pour lui, ceci a pour conséquence une grande difficulté à organiser et à améliorer la formation en médecine générale, d'une part au niveau des hôpitaux de formation et de recherche mais aussi au niveau des stages hospitaliers en CHU.

Le Docteur Ediz YILDIRIM insiste d'ailleurs sur le fait que les internes en médecine générale sont souvent formés comme des spécialistes et non comme des médecins généralistes parce que le rôle exact des médecins de famille est encore très flou dans les esprits. Les enseignants des lieux de stages hospitaliers veulent enseigner ce que eux estiment être important et non ce qui l'est du point de vue de la médecine générale. C'est la raison pour laquelle des objectifs bien précis sont établis au niveau universitaire. Mais les directives ne sont pas toujours respectées.

D'ailleurs, même au niveau des internes en médecine générale formés dans les hôpitaux de formation et de recherche, le rôle exact du médecin de famille n'est pas clair. « La majorité veut travailler dans les hôpitaux publics » comme l'a rappelé le Docteur GUNVAR qui a ajouté que « leur formation n'étant basée que sur des stages hospitaliers, ils ne se voient travailler que dans ce cadre ». L'une des internes interrogées, suivant une formation non universitaire, avait pointé le fait qu'elle avait été obligée de s'informer via internet pour savoir ce qu'étaient les fonctions du médecin de famille.

Les internes du département de médecine générale aussi nous ont fait remarquer qu'au début de leur formation, on ne savait pas ce qu'était concrètement le rôle du médecin généraliste lors des stages hospitaliers et que souvent, on faisait l'amalgame avec l'interne de santé publique. « On nous appelle parfois les praticiens post » nous a avoué l'une des internes. C'est pourquoi, au début, ils étaient surtout observateurs, comme les internes de santé publique, puis au fur et à mesure, les enseignants des autres spécialités ont compris la mission du médecin généraliste et les principes de la discipline, et ont donné aux internes plus de responsabilités, ceux-ci gérant finalement entièrement les services seuls.

4.1.2. Le fossé entre la formation universitaire et la formation non universitaire

Tous les enseignants rencontrés avant la mise en place de la nouvelle maquette de stages ont insisté sur l'important problème du manque de standard concernant la formation des internes en médecine générale en Turquie, à l'origine d'un véritable fossé entre la formation universitaire et non universitaire qui ne dispensait pas de formation spécifique en médecine générale.

Le Professeur GULDAL nous a expliqué que le département avait contacté les autres établissements où étaient formés les internes en médecine générale, afin que ceux-ci participent aux activités du jeudi après midi dans le département, et qu'ils bénéficient d'une formation orientée vers la médecine de 1^{er} recours. Mais ceci a plus ou moins été suivi.

Le Docteur MEVSIM parle de « praticiens améliorés » pour les spécialistes en médecine de famille issus de la formation non universitaire. Elle a rappelé que la majorité des médecins généralistes spécialistes en Turquie est diplômée des hôpitaux de formation et de recherche, et que ceci était un problème d'ordre politique, puisque les universités turques sont des structures indépendantes, qui ne sont pas sous le contrôle de l'Etat. Celui-ci ne leur attribue donc pas beaucoup de postes.

Le Docteur GUNVAR a souligné aussi le fait qu'avant le nouveau règlement, la formation des médecins de famille était uniquement sous le contrôle des autres

spécialités que la médecine générale, puisqu'elle n'était organisée qu'autour de stages hospitaliers.

Le nouveau règlement a permis de standardiser la formation des internes en médecine générale, et remis la responsabilité de cette dernière entre les mains des spécialistes de la discipline.

Cependant, les hôpitaux de formation et de recherche sont alarmés depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle maquette, comme l'a précisé le Professeur GULDAL. Alors que le stage de médecine générale existe depuis longtemps au niveau universitaire, en ce qui concerne les hôpitaux de formation et de recherche, les responsables de la formation en médecine générale ne savent pas où et comment ils vont organiser ce stage. Ils n'ont pas d'unité de mise en application en médecine générale comme c'est le cas dans le département, et n'ont pas d'enseignants en médecine générale.

Le Professeur GULDAL, qui est aussi la présidente de l'Association des Académiciens en Médecine Générale (AHAD), nous a appris qu'une réunion est prévue en avril avec TAHUD, AHAD et les chefs des hôpitaux de recherche et de formation pour discuter du contenu et de l'organisation des 18 mois de stage de médecine générale. Des groupes de travail avec l'ensemble des responsables de la formation en médecine générale vont être mis en place pour débattre à ce sujet.

4.1.3. Evolution du nombre de postes des internes en médecine générale, et choix de la discipline

L'évolution du nombre de postes d'internes en médecine générale demeure un mystère comme le précise le Docteur GUNVAR. Il n'y a pas de projet clairement établi à ce sujet. Il nous explique que les raisons sont politiques et financières, puisque c'est le Ministère des Finances qui subventionne les postes d'internes, mais c'est le Ministère de la Santé qui décide du nombre de postes nécessaires, et que ceci est parfois source de conflit.

En ce qui concerne le choix des disciplines au concours national de spécialité, le Professeur GULDAL nous a confié que la médecine générale a gagné du prestige surtout suite à la hausse des salaires des médecins généralistes travaillant en niveau

de premier recours, mais aussi parce que les étudiants en médecine nouvellement diplômés de la faculté préfèrent acquérir de l'expérience en médecine générale via une spécialisation, ceci permettant notamment de repousser le service obligatoire. De plus, les spécialistes en médecine générale choisissent prioritairement lors des affectations, ce qui pèse en faveur de la discipline.

Cependant, comme le précise le Docteur Vildan MEVSIM, le nombre de postes en médecine générale attribués aux universités reste insuffisant, mais semble néanmoins augmenter, puisque le département de médecine générale d'Izmir va accueillir 5 internes en juin 2011. Mais tous se plaignent que rien ne soit clairement établi.

4.1.4. Le post internat

Après la validation du cursus, les spécialistes en médecine générale nouvellement diplômés attendent leur affectation pour le service obligatoire. Ce n'est d'ailleurs qu'après avoir effectué ce service que leur diplôme est délivré. Ils n'ont pas d'autre choix que de valider la période du service obligatoire.

Les affectations se font dans la majorité des cas au niveau des hôpitaux des districts ruraux ou alors dans les centres de planning maternel et infantile. Le Docteur GUNVAR se plaint que l'Etat voie les spécialistes en médecine générale comme des « jokers », ayant des compétences dans tous les domaines puisqu'il les forme dans ce sens, et que ces derniers soient affectés là où il est impossible d'envoyer d'autres spécialistes, comme les internistes, les pédiatres ou les gynécologues.

L'existence d'un service obligatoire est une source de stress pour les internes en médecine générale qui ne peuvent se projeter dans l'avenir, celui-ci dépendant entièrement de l'Etat. Aucun des internes interrogés que ce soit au niveau universitaire ou non, n'a clairement identifié ses projets concernant son futur professionnel. Chacun a seulement des préférences pour le lieu d'exercice, en centre ou en milieu hospitalier. D'ailleurs la question semblait les surprendre. « J'irai là où le vent me mènera » a répondu l'un d'entre eux.

Le Docteur GUNVAR nous a aussi expliqué que les affectations ne concernent pas les centres de santé familiale, comme on pourrait le penser puisqu'ils représentent le

niveau de premier recours dans le système de santé. Les centres de santé familiale n'appartiennent pas au domaine public mais privé. Les médecins généralistes qui travaillent dans ces centres signent un contrat avec l'Etat, et sont payés en fonction de leur performance. C'est la raison pour laquelle les internes qui finissent leur cursus ne peuvent être affectés dans ces centres dans le cadre de leur service obligatoire.

4.1.5. La formation de la période de transition à Izmir

Le département de médecine générale d'Izmir s'est beaucoup impliqué initialement dans le projet de formation des praticiens durant la Période de Transition. L'équipe académique avait préparé un programme en collaboration avec le ministère de la santé sous forme de livret. Il était prévu au départ que chaque formation soit assurée par une équipe où prendrait place un enseignant du département, et que des formateurs soient ainsi formés dans des conditions bien précises pour pouvoir prendre le relais. Mais cette organisation n'a pas été respectée.

Des formateurs ayant vaguement suivi la formation dispensée par les enseignants en médecine générale du département ont reçu une certification du Ministère de la Santé les autorisant à mener la formation de la période de transition, alors qu'ils n'avaient pas réellement les compétences requises.

De plus, la Période de Transition devait permettre normalement d'aligner les compétences des praticiens travaillant en niveau de 1^{er} recours et n'ayant pas reçu de formation spécifique en médecine générale à celles des médecins généralistes spécialistes qui exerçaient avec eux dans les centres de santé familiale. La formation devait donc leur enseigner les principes fondamentaux de la médecine générale et leur permettre d'acquérir les savoirs faire propres à la médecine de premier recours. Or, la formation de la 1^{ère} étape qui a été réalisée à Izmir il y a 4 ans s'est résumée à des séances d'information des praticiens au sujet du cadre légal du système de médecine de famille.

Cette Période de Transition, comme l'indique son nom, devait avoir une date butoir à partir de laquelle il ne serait plus possible de travailler sans avoir validé un enseignement spécialisé. Mais pour le moment il n'y a pas de réponse claire à ce sujet, pas de projet formellement établi.

Ce qui devait être une période de formation transitoire afin d'équilibrer les compétences des médecins du niveau de premier recours s'est transformée en une sorte de formation parallèle à la spécialisation en médecine générale. Une qualification de médecin de famille est donnée aux praticiens ayant suivi une formation théorique de 10 jours.

C'est pour toutes ces raisons que le département de médecine générale de la Faculté de Médecine de l'Université du 9 Septembre a préféré se retirer du projet de la formation de la Période de Transition puisque les conditions n'ont pas été respectées. Mais ce n'est pas le cas de tous les départements de médecine générale en Turquie.

Quant à la 2^{ème} étape, il semblerait que pour le moment elle n'ait pas encore commencé à Izmir.

Il n'y a actuellement pas une grande différence au niveau de l'exercice médical entre un praticien et un spécialiste en médecine générale. Les praticiens n'ont pas de droit de prescription pour certains médicaments mais ceux-ci ne sont pas nombreux et la différence de salaire est faible. Cependant, les médecins généralistes spécialistes choisissent en priorité leur poste lors de l'affectation, sous certaines conditions.

4.2. Les problèmes de la formation à la faculté

4.2.1. La formation sur le terrain

La formation pratique en médecine générale des internes de la faculté de médecine est assurée au niveau de la polyclinique de médecine générale située dans le département. Elle est basée sur un enseignement individuel, auprès du patient, comme nous l'avons vu. Cependant, cette formation présente de nombreux inconvénients en rapport avec la situation universitaire. En effet, l'Université étant en dehors du système, comme nous l'a précisé le Professeur GULDAL au cours de l'entretien, il n'y a pas de patients attribués à la polyclinique. Même si le nombre de patients qui viennent en consultation augmente par rapport aux débuts, peu viennent se faire suivre régulièrement. Et leur nombre est insuffisant pour former convenablement les internes. Tous les internes et les enseignants interrogés ont mis en avant ce problème. Il en résulte, comme l'a souligné le Docteur Sehnaz HATIPOGLU, un profil de patient non représentatif de ce qui est habituellement vu

en niveau de premier recours. La polyclinique est d'ailleurs souvent perçue comme un établissement de santé de 3^{ème} niveau de recours, puisqu'elle se situe au sein de l'Université. Tous insistent sur l'absolue nécessité de la formation sur le terrain pour préparer de façon optimale le futur spécialiste en médecine de famille. Actuellement, celle-ci semble insuffisante aux yeux de chacun.

4.2.2. Les stages hospitaliers

Des problèmes sont rencontrés lors des stages hospitaliers au niveau de la formation universitaire. Ceci est surtout dû au fait que les directives émanant du département de médecine générale diffusées aux départements des différents lieux de stages ne sont pas toujours respectées. Malgré des objectifs d'apprentissage bien établis pour la formation des internes en médecine générale, certains enseignants persistent à vouloir apprendre aux internes ce qu'eux estiment important, ainsi que nous l'avions précisé auparavant. Il en est de même au niveau de l'organisation interne du stage et notamment de la répartition de la durée entre polyclinique et service. En effet, les internes sont souvent affectés aux endroits où il manque du personnel et non à ceux qui sont plus bénéfiques à leur formation. Là encore, le département fait régulièrement des piqûres de rappel.

Par ailleurs le Professeur GULDAL nous explique que parfois certains stages, comme par exemple la dermatologie, ont été longtemps refusés aux internes de médecine générale en tant que stage obligatoire, c'est pourquoi le département a dû les mettre en place sous forme de stages électifs.

Un des enseignants interrogés a pointé le fait que souvent la formation des internes était prise en charge par les internes de fin de cursus des spécialités concernées et qu'il était nécessaire que ce soient les enseignants universitaires qui remplissent ce rôle. Les internes ont également précisé ce point selon lequel ils se référaient souvent aux internes les plus avancés de la discipline concernée.

4.2.3. Les profils variés des internes

Le profil des internes débutant une formation en médecine générale n'est pas homogène. Le Docteur Mehtap KARTAL nous a expliqué qu'avant, le service obligatoire devait être effectué avant de passer le concours national de spécialité. Ce service était réalisé dans la majorité des cas en niveau de premier recours dans les postes de santé. Chaque nouvel interne de médecine générale avait donc une expérience du terrain avant de débiter une spécialisation dans la discipline. Or, depuis que cette obligation a été levée, les futurs internes peuvent accéder au concours sans passer par le service obligatoire. La conséquence est que les enseignants de médecine générale se trouvent face à deux profils d'internes différents. Il y a ceux qui n'ont aucune expérience du terrain et ceux qui ont déjà travaillé parfois plusieurs années dans un contexte de 1^{er} recours. L'approche vis-à-vis de la formation est différente. Les novices arrivent avec le point de vue que la faculté leur a transmis, ils ont une approche plus biomédicale. Les thèmes qu'ils choisissent ou les questions qu'ils posent sont plus axés sur la théorie. Ils veulent connaître tout en détail. Alors que ceux qui ont déjà une expérience du terrain orientent leur formation en fonction de ce dont ils vont réellement avoir besoin par la suite, comme nous l'a précisé le Docteur O.D. qui a travaillé plusieurs années dans des contextes divers avant de débiter une spécialisation. Leurs questions sont plus orientées vers l'approche en médecine générale, qui est une approche plus globale.

5. Ressenti et attentes des internes en médecine générale

5.1. Les attentes de la spécialisation

Les internes en médecine générale de la faculté ayant été interrogés avaient pour objectif lorsqu'ils ont débuté leur formation d'acquies les connaissances et compétences spécifiques à la médecine de 1^{er} recours, d'apprendre l'approche globale, biopsychosociale en médecine générale, ainsi que d'apprendre à gérer la relation avec le patient. Un des internes a choisi de poursuivre sa formation car il voulait effectuer des travaux de recherche. Il nous a expliqué lors de notre entrevue qu'il avait travaillé longtemps dans des postes de santé, et qu'il désirait aborder la discipline par son versant scientifique. Un autre venant tout juste d'être diplômé et

ayant lui aussi exercé de nombreuses années dans des cadres variés, nous à confié qu'il recherchait surtout à appréhender les patients avec le point de vue du médecin généraliste, qui prend en charge le patient dans son ensemble. Les internes suivant une formation non universitaire ont répondu de façon moins précise en expliquant qu'ils cherchaient à avoir une meilleure formation et avoir de meilleures connaissances en tant que médecin de famille.

5.2. Ressenti sur la formation théorique

En ce qui concerne la formation théorique, les internes du département de médecine générale sont globalement très satisfaits, ils apprécient notamment leur participation active à la formation, par le choix des thèmes du programme par exemple, ou encore par le fait de préparer eux-mêmes certains cours. La formation d'adaptation, les formations plus spécifiques sous forme de séminaires, les débats, ainsi que le fait que des enseignants d'autres spécialités viennent faire cours sont pour eux des points positifs de la formation théorique. Ils estiment également être très bien formés à la recherche, et les séances d'analyse d'articles scientifiques leur semblent être une bonne méthode de formation. Cependant, une des internes souligne le fait qu'il n'y a pas assez de débats autour de cas cliniques. Les internes des hôpitaux de formation et de recherche, quant à eux, se plaignent de l'absence d'une formation théorique spécifique en médecine générale, et de devoir pour cela se former seul mais ils disent ne pas avoir le temps de le faire du fait d'horaires de travail lourds.

5.3. Ressenti sur les stages hospitaliers

Pour les stages hospitaliers, les deux groupes d'internes évoquent le manque de reconnaissance mais celle-ci s'est plutôt estompée à l'université avec la diffusion de l'information concernant la discipline par les enseignants de médecine générale. Ce n'est pas le cas dans le contexte non universitaire où les internes souffrent du manque de considération de la part des autres spécialistes. « Notre rôle est de préparer le patient, de noter les résultats d'examens dans le dossier » a précisé l'un d'eux et a dit avoir même songé à démissionner parce qu'il n'avait pas l'impression d'être médecin. Ceux-là se plaignent de devoir insister énormément pour pouvoir apprendre ce qui est important pour la médecine générale, et de l'indifférence des

responsables de la formation par rapport à leurs objectifs d'apprentissage. Ils attribuent ceci au fait que le responsable n'est pas un médecin généraliste, et estiment important que celui-ci soit un représentant de la discipline.

Au niveau universitaire, les internes regrettent le fait que les stages hospitaliers soient de courte durée, et de se retrouver surtout dans les services et non dans les polycliniques. Pour eux, le travail des services n'est pas adapté à la médecine de 1^{er} recours, et peut parfois être trop spécialisé comme c'est le cas pour le secteur de chimiothérapie où l'une des internes s'est retrouvée en stage. Le travail dans les polycliniques leur semble plus proche de l'exercice en niveau de 1^{er} recours, car il s'agit d'un service de consultations ambulatoires. Ils estiment que leurs stages ne sont pas assez rentabilisés en matière de formation spécifique en médecine générale, par le fait, d'une part, qu'ils passent plus de temps dans les services, et d'autre part, parce qu'il n'y a pas de formateur spécifique en médecine générale pour les guider dans leur apprentissage. Par contre, ils estiment que la maquette de stages est complète et ne ressentent pas le besoin d'effectuer de stages dans d'autres disciplines. Pour ce qui est de leurs responsabilités, ils pensent qu'elles sont suffisantes.

Au niveau des hôpitaux de formation et de recherche, les internes se désolent de ne quasiment pas pouvoir aller en polyclinique, et de devoir « supplier » les responsables pour s'y rendre. Tous se plaignent de ne pas apprendre ce qu'un médecin de famille doit savoir, et de la surcharge de travail qui ne leur laisse pas le temps d'apprendre par eux-mêmes. Ils ont tous l'impression de ne servir qu'à combler les manques de chaque service. De plus, ils se retrouvent souvent à devoir prendre en charge un service ou une polyclinique seuls, sans avoir eu de formation préalable et sans aucune assistance.

5.4. Ressenti sur le stage de médecine générale

La formation sur le terrain est inexistante au niveau non universitaire, mais l'un des internes pense que celle-ci est nécessaire pour ceux qui veulent travailler dans un centre de santé familiale. Les internes formés au niveau universitaire estiment que c'est cette formation qui doit primer. Ils apprécient notamment le stage dans le centre de santé familiale qui leur permet d'apprécier le travail d'une façon plus concrète et de mieux connaître le système. Ils pensent que le stage est globalement bien

organisé et trouvent très formateur surtout le fait de discuter avec l'enseignant après chaque consultation. Par contre, pour eux, la durée est insuffisante, et les patients pas assez nombreux. Ils se plaignent aussi du fait que la polyclinique est perçue comme un niveau de 3^{ème} recours.

5.5. Les projets des internes

Les internes ayant été formés au niveau universitaire veulent davantage travailler dans les centres de santé, alors que parmi ceux ayant suivi la formation non universitaire, l'un projette de travailler dans un hôpital public et l'autre n'a pas de projet et s'inquiète de son affectation pour le service obligatoire.

5.6. Ressenti global sur la formation

Les internes de médecine générale issus de la formation universitaire semblent globalement très satisfaits de leur formation qui leur paraît suffisante. Ils pensent que celle-ci les motive à apprendre et leur donne une vision qu'ils auront à développer eux-mêmes par la suite. Ils estiment également être bien formés pour une éventuelle carrière académique. Par contre, les internes ayant suivi un enseignement non universitaire sont très déçus de leur formation, dont ils ne voient pas l'intérêt puisqu'elle n'est pas du tout orientée vers la médecine générale. Ils se sentent mis à l'écart, et regrettent le fait de ne pas avoir de responsable qui soit un spécialiste de la discipline. Ils veulent que les objectifs de la formation soient bien définis et diffusés aux différents services. Ils se plaignent également de ne pas se voir entre eux puisqu'ils n'ont pas de cours et pas de département.

6. Les projets

6.1. Nouveau centre

Le Professeur GULDAL nous a appris lors de notre entrevue que le département est en train de travailler très activement sur un projet de création d'un centre de santé familiale universitaire en dehors du CHU, à Konak près du centre où sont envoyés les internes pour effectuer un stage. Elle nous a expliqué qu'il est très important de pouvoir former les internes dans un vrai niveau de 1^{er} recours, avec une population attribuée. Le niveau de 1^{er} recours étant représenté dans le nouveau système de santé par les centres de santé familiale, il paraissait logique pour les responsables de la formation d'enseigner dans ce contexte. Elle nous a indiqué aussi que ce serait un moyen pour les enseignants d'exercer eux-mêmes leur profession dans des conditions authentiques, et de transmettre tous leurs savoirs aux internes d'une façon plus adaptée. L'activité de soins serait ainsi décentralisée dans un vrai niveau de 1^{er} recours, puisque la polyclinique de médecine générale est perçue souvent comme un niveau de 3^{ème} recours.

Le Docteur GUNVAR nous a informé qu'une équipe travaillait activement sur ce projet au niveau de la Direction Provinciale de la Santé. L'objectif serait de créer un groupement de centres pour l'ensemble des établissements dispensant une formation aux internes de médecine générale, puisque depuis la mise en place de la nouvelle maquette, ces derniers doivent effectuer un stage de médecine générale, et que les hôpitaux de formation et de recherche ne possèdent pas de polyclinique personnelle. Il nous a rappelé également à quel point il était important d'avoir un vrai terrain de stage mais avec des enseignants universitaires pour former les internes. Il nous a expliqué qu'un terrain de stage sans enseignant équivalait à un travail comme un praticien, et donc n'avait aucun intérêt. Pour lui, envoyer un interne de médecine générale sur le terrain sans formateur revient à laisser un interne de chirurgie apprendre seul à opérer. Il a insisté sur la nécessité d'une formation spécialisée qui permet d'acquérir rapidement des compétences spécifiques et nécessaires à l'exercice de la discipline, et ceci de façon organisée et contrôlée, et a remarqué que les compétences pouvaient être acquises avec l'expérience mais que ceci nécessiterait de nombreuses années. Le projet du centre doit être rapidement

concrétisé selon lui afin qu'une standardisation au niveau de la formation sur le terrain soit rapidement mise en place.

6.2. Projet européen sur la méthode de formation sur le terrain à la prévention

Le département va débuter prochainement un travail sur les méthodes d'enseignement de la prévention et de l'amélioration de la santé de la population, en pratique aux internes, dans le cadre d'un projet européen. Ce projet n'a pas encore été établi, puisque pour le moment la priorité est la création du nouveau centre. Il est prévu pour l'an prochain.

DISCUSSION

I. ANALYSE CRITIQUE DE L'ETUDE

Notre étude est une analyse qualitative de la formation des internes en médecine générale à Izmir. Nous avons choisi cette méthode car nous voulions mener une étude en « profondeur » et recueillir l'avis des différents acteurs de cette formation, pas seulement les internes, mais aussi les enseignants. Notre travail est donc uniquement la représentation de la formation par un échantillon sélectionné selon sa pertinence. Il n'est pas représentatif de la formation sur l'ensemble du pays. Tout comme nous avons choisi de mettre en parallèle nos résultats avec la formation des internes en médecine générale à Nancy, l'enseignement de la médecine générale dans les différentes facultés françaises revêtant différentes formes. La comparaison se limite donc à la formation dans les deux villes, et ne couvre pas l'ensemble de la formation dans les deux pays.

Par ailleurs, nous n'avons pas pu joindre certains sujets que nous aurions voulu interroger, notamment les enseignants des hôpitaux de formation et de recherche, car ceux-ci n'étaient pas joignables ou disponibles, et parce que nous étions limités dans le temps. Nous nous sommes donc basés sur l'avis de leurs internes et des enseignants du département de médecine générale qui sont issus d'une formation non universitaire et travaillent beaucoup sur la formation des médecins généralistes dans sa globalité, au niveau d'Izmir mais aussi à l'échelle de la Turquie.

Notre travail porte surtout sur un point de vue à un moment donné et dans un lieu donné et ne prétend pas de cerner la formation en général.

II. CONFRONTATION DES RESULTATS OBTENUS A LA FORMATION DES INTERNES EN MEDECINE GENERALE DE NANCY

1. Hétérogénéité de la formation des médecins généralistes turcs

Les médecins travaillant comme médecins de famille en Turquie ont deux niveaux de formation. On distingue ceux qui n'ont pas reçu de formation complémentaire en médecine générale dans le cadre d'une spécialisation, qui sont des praticiens ayant suivi la formation de la Période de Transition; et ceux qui sont spécialistes en médecine de famille. Leurs compétences ne sont pas équivalentes et pourtant leurs activités sont identiques à peu de choses près: la prescription de certains médicaments est uniquement réservée aux spécialistes, tout comme la délivrance de certains certificats médicaux. Mais dans l'ensemble, praticiens et spécialistes en médecine de famille ont un exercice équivalent. D'ailleurs au niveau de leur dénomination, on ne fait pas non plus de différence: ils sont appelés «médecin de famille» tous les deux, ce qui est source d'une grande polémique en Turquie. En effet, les spécialistes en médecine générale se plaignent de la vision réductrice des autorités vis-à-vis de la discipline et de l'exercice du médecin de famille, et estiment que les compétences nécessaires ne peuvent s'acquérir que dans le cadre d'une formation complémentaire spécifique. La population ne fait souvent pas la différence entre celui qui a été formé conformément aux principes de la discipline et celui qui a obtenu le titre par une certification délivrée en quelques jours.

En France, les étudiants en médecine ayant validé uniquement les deux premiers cycles des études médicales ne peuvent exercer en tant que médecin. Le 3^{ème} cycle est obligatoire, conformément aux directives européennes 93/16/CEE et 2005/36/CEE (4) (5). Le 3^{ème} cycle de médecine générale, anciennement appelé résidanat, a été mis en place en 1982, et le DES en 2004 (64). Tous les médecins généralistes en France doivent donc suivre une formation spécifique après le cursus de base.

2. Hétérogénéité dans la spécialisation en médecine générale

Les spécialistes en médecine de famille en Turquie représentent également un groupe hétérogène. La médecine de famille a été ajoutée au tableau des spécialités médicales en 1983, et une formation spécifique, d'une durée de 3 ans et ne comportant que des stages hospitaliers, a alors été mise en place après le tronc commun. La discipline était inexistante avant. En réalité, elle était brièvement apparue en 1947 sous l'appellation « Spécialité de Médecine Générale » pour disparaître en 1955 (65). La formation de spécialité a débuté en 1985 dans les hôpitaux de formation et de recherche à Istanbul, Ankara et Izmir, qui sont rattachés au Ministère de la Santé. La discipline a accédé au statut académique en 1993, avec la création de départements de médecine générale dans les universités. La spécialisation se fait donc dans deux contextes différents : universitaire et non universitaire, les deux formations étant totalement opposées dans la forme et dans le fond. Il y a même un véritable fossé entre les deux. Alors que la formation universitaire fournit le bagage nécessaire à un exercice de médecine de premier recours de haut niveau, celle des hôpitaux de formation et de recherche n'est pas spécifiquement axée vers la médecine générale, mais confère juste une expérience hospitalière supplémentaire par rapport aux praticiens, ce qui est à l'origine d'appellations telles que « praticiens post » ou « praticiens améliorés ». Cependant, la législation en cours tente d'aboutir à une standardisation dans la formation. Avec l'entrée en vigueur du nouveau règlement de 2009, à laquelle a fait suite une nouvelle maquette de stages courant 2010, comprenant désormais un stage de médecine générale, la formation tend vers un équilibre. De plus, ce nouveau règlement a donné naissance au Comité des Spécialités en Médecine, instance supérieure réunissant les représentants des différents responsables de la formation, et dont le rôle est, entre autres, d'accréditer les établissements de formation, de vérifier la qualité de l'enseignement, de déterminer le programme national de base pour chaque discipline et la maquette de stages. L'objectif est que les médecins responsables des soins de santé primaires soient tous compétents de façon équivalente.

Cette double formation concerne toutes les spécialités, pas seulement la médecine générale, mais la différence de qualité de formation entre les deux institutions est

beaucoup plus importante pour la médecine de famille. De plus, c'est la seule branche pour laquelle les responsables de la formation ne sont pas des spécialistes de la discipline.

En France, la formation en médecine générale est assurée dans le cadre unique de l'université. C'est une formation qualifiante en spécialité depuis 2002 par la loi sur la modernisation sociale (6). Tous les médecins généralistes terminant leur cursus sont spécialistes depuis 2007. Tous les internes sont soumis à la même formation au niveau du 3^{ème} cycle de médecine générale qui est organisé selon le décret du 16 janvier 2004 (66) modifié le 25 juin 2010, et selon l'arrêté du 22 Septembre 2004 (64), dans le cadre d'un DES. Les médecins généralistes français constituent donc un groupe homogène en comparaison avec la Turquie.

3. Les responsables de la formation en médecine générale et le statut des enseignants.

L'une des différences notables entre la Turquie et la France est le statut des enseignants. En France, les enseignants en médecine générale actuels sont des maitres de conférences et des professeurs associés ayant un statut de contractuel, ne leur permettant pas, par exemple, de présider le jury d'une thèse. La création de la Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG) en 2008 (6) a été suivie de la mise en place d'un corps enseignant universitaire de médecine générale (67). Celui-ci occupe des fonctions de recherche et d'enseignement au même titre que les autres spécialités, ainsi que des fonctions de soins en médecine générale et ambulatoire. Conformément aux modalités du décret du 28 Juillet 2008 (68), les enseignants de médecine générale peuvent accéder à des statuts de titulaires en passant par un concours. Une disposition transitoire a été mise en place pour les chefs de cliniques, maitres de conférences et professeurs associés désirant être titularisés : ils doivent passer devant la Commission Nationale d'Intégration (69). Cependant les procédures de titularisation prennent plus de temps que prévu: en 2010, seuls 10 d'entre eux ont pu être titularisés (70).

En Turquie, il n'y a pas de statut d'associé comme en France. Les enseignants de médecine générale ont un statut équivalent à ceux des autres disciplines médicales.

Pour être chef de clinique, il faut être titulaire du diplôme de spécialiste en médecine générale (71), valider un examen écrit de langues étrangères consistant en la traduction d'un texte. Les postes ont une durée de 2 à 3 ans mais celle-ci peut être exceptionnellement prolongée jusqu'à 12 ans.

L'accès au statut de maître de conférences est soumis à un examen oral devant un jury qui examine les travaux réalisés. Il faut également avoir validé l'examen national de langues étrangères organisé deux fois par an par le Conseil Inter Universitaire (72). Enfin, pour pouvoir être professeur, il est nécessaire d'avoir occupé un poste de maître de conférences dans une unité de formation et de recherche pendant au moins 5 ans. Le candidat doit monter un dossier comportant tous les travaux réalisés et déposer sa demande aux établissements où des postes sont disponibles (71). Les premiers maîtres de conférences et professeurs ont accédé à leurs statuts respectivement en 1996 et 2002 (56).

Un autre point à souligner est le fait qu'en France, les départements de médecine générale sont co-dirigés par un médecin hospitalo-universitaire et un médecin généraliste, du fait justement du statut d'associés des enseignants de la discipline. Alors qu'en Turquie, comme les statuts ont été équivalents dès le départ, les chefs des départements sont pour la plupart des spécialistes en médecine générale. Cependant, étant donné qu'il n'y avait pas de représentant universitaire initialement, les départements de médecine générale qui ont été créés au tout début étaient dirigés par des non généralistes, essentiellement des spécialistes de médecine interne ou de santé publique. Beaucoup ont d'ailleurs contribué au développement de la discipline. Certains sont encore à la tête de ces départements.

A Izmir, les responsables de la formation au niveau universitaire sont tous des spécialistes en médecine générale, hormis un enseignant qui est praticien mais a un statut particulier au sein de la faculté. Le chef du département est Professeur de Médecine de Famille, ensuite il y a deux Maîtres de Conférences, un Chef de Clinique, et deux enseignants universitaires qui vont accéder au statut de Chef de Clinique prochainement. Le département de médecine générale se trouve dans l'enceinte du Centre Hospitalier Universitaire puisqu'il a une activité de soins au niveau de sa polyclinique, mais est rattaché à la faculté de médecine qui située juste à côté. Il travaille sous l'autorité du doyen. Il a aussi une activité d'enseignement: il

organise la formation des internes en médecine générale à tous les niveaux, mais également celle des maîtres de stages qui accueillent dans leurs centres de santé les étudiants en médecine de 3^{ème} et 4^{ème} année, ainsi que les internes. Il dispense un enseignement aux étudiants lors des 4 premières années de médecine. Il a également une activité de recherche.

Les hôpitaux de formation et de recherche dépendent eux du Ministère de la Santé et sont rattachés à son représentant local qui est la Direction de la Santé Provinciale. Il n'y a pas de département de médecine générale dans ces hôpitaux. Les responsables de la formation ne sont pas des spécialistes de médecine de famille mais d'autres disciplines, essentiellement de médecine interne. Un seul des trois hôpitaux d'Izmir compte un «chef» de médecine générale qui est chef de clinique. Seuls trois hôpitaux de formation et de recherche en Turquie comportent des responsables de la formation qui sont des spécialistes en médecine générale.

A Nancy, la formation est co-dirigée par le Président du département de médecine générale qui n'est pas un médecin généraliste mais un interniste, et le Coordonnateur, responsable du 3^{ème} cycle de médecine générale et spécialiste de la discipline. Le département compte actuellement deux chefs de clinique de médecine générale, trois maîtres de conférences associés, un maître de conférences des universités titulaire, et trois professeurs de médecine générale associés, dont l'un est en cours de titularisation.

4. Accès à la formation de spécialité en médecine générale

Pour débiter une formation spécifique en médecine générale, en France comme en Turquie, les étudiants en médecine doivent passer un concours national.

En France, c'est l'Examen Classant National qui a remplacé l'ancien concours de l'internat en 2004. Avant cette date, les étudiants se destinant à la médecine générale n'avaient pas besoin de passer ce concours, puisque la discipline n'était pas reconnue comme universitaire. Depuis, la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité, c'est devenu obligatoire.

L'ECN est organisé selon l'arrêté du 29 janvier 2004 modifié le 24 février 2005 (73) (74), sous la forme d'épreuves rédactionnelles : 3 épreuves de 3 heures chacune, chaque épreuve étant constituée de 3 dossiers de 4 à 10 questions. Depuis l'année 2008-2009, une épreuve de lecture critique d'un ou plusieurs articles est ajoutée

(75). Il a lieu simultanément dans chacune des 7 inter-régions, une seule fois dans l'année. L'étudiant n'est autorisé à participer à cet examen que 2 fois: la 1^{ère} l'année de la validation du 2^{ème} cycle des études médicales, la 2^{ème} fois l'année suivante.

A l'issue de ce concours, l'interne choisit une spécialité et une subdivision en fonction du rang de classement.

En Turquie, l'accès aux études spécialisées de médecine de famille est aussi sanctionné par un concours national: le Concours de Spécialité en Médecine ou Tipta Uzmanlik Sinavi (TUS) (76). Ce concours a lieu 2 fois par an au printemps et en automne, et est centralisé à Ankara. Il se fait en 2 étapes. La 1^{ère} étape correspond à un examen écrit de langues étrangères sous forme de QCM, et les étudiants ayant validé cette 1^{ère} étape (les résultats sont communiqués dans les 24h par internet), passent à la 2^{ème} étape qui est une épreuve écrite portant sur les connaissances médicales, également sous forme de QCM. Il n'y a pas de limitation en nombre pour la participation à ce concours comme en France, l'étudiant peut se présenter autant de fois qu'il le veut. Selon les résultats, un classement national est réalisé et l'étudiant choisit la spécialité et l'établissement où il suivra sa formation.

Les deux pays se rejoignent donc sur l'existence d'un concours d'entrée à la spécialisation, qui est national, commun à toutes les spécialités, donnant lieu à un classement général à partir duquel le choix se fait. Par contre, les futurs internes turcs ne choisissent pas une subdivision mais un établissement. En France, ce concours a lieu une fois par an alors qu'il est organisé 2 fois dans l'année en Turquie. Les modalités d'examen sont également différentes: épreuves rédactionnelles pour la France, et QCM pour la Turquie. Par ailleurs, les étudiants turcs doivent passer une épreuve de langues étrangères, qui n'existe pas en France.

5. Les internes en médecine générale

5.1. Le statut

Les internes en France et en Turquie ont un statut similaire de médecin en formation, ayant des fonctions de recherche et de soins, mais dépendent de structures différentes.

En France, ils sont administrativement rattachés au Centre Hospitalo-Universitaire par décision de la Direction de l'Agence Régionale de Santé (ARS), qui prononce

aussi les affectations semestrielles (76) se faisant par ordre de mérite en fonction des résultats obtenus à l'ECN. Mais la formation est organisée par le département de médecine générale au niveau de la faculté.

En Turquie, ceux qui suivent une formation universitaire dépendent du département de médecine générale, donc de la faculté de médecine, elle-même reliée à l'Université. Cette dernière ne dépend pas du Ministère de la Santé. C'est une structure plus ou moins indépendante, et le CHU est sous son autorité. Les affectations aux différents lieux de stages sont décidées par le Comité Académique du département et validées par le Décanat, en fonction du nombre des internes, des stages à effectuer selon la maquette, etc. Les résultats du concours national de spécialité qui leur a permis d'accéder à la spécialisation n'interviennent pas.

Les internes qui sont formés par les hôpitaux de formation et de recherche dépendent de ces établissements et donc du Ministère de la Santé via la Direction de la Santé Provinciale. Leurs affectations aux différents lieux de stage sont également organisées par le responsable de la formation.

5.2. Les effectifs

Le nombre des internes en médecine générale à Izmir est largement inférieur à celui de Nancy. Ils sont une cinquantaine au total, dont 16 à la faculté, contre 236 à Nancy. Ceci est dû au fait que le nombre de postes réservés à la médecine générale au concours d'accès à la spécialité représente moins de 10% en Turquie (51), contre la moitié en France (77). Les étudiants en médecine nouvellement diplômés après leur cursus de base sont légalement autorisés, en Turquie, à exercer la médecine, en tant que praticien. Donc, pour le moment, il n'est pas ressenti d'urgence à augmenter le nombre de postes, ceci également pour des raisons budgétaires. Une étude sur l'évolution du nombre de postes d'internes en médecine générale de 2001 à 2010 a révélé que celui-ci avait été multiplié par 3. Malgré cela, il reste très inférieur aux besoins (78). Actuellement, le nombre de spécialistes en médecine de famille est d'environ 1500 sur l'ensemble du territoire, or d'après l'objectif fixé par le Programme de Transformation de la Santé, qui est d'un médecin généraliste pour 3000 patients, le besoin serait de 25000 médecins de famille (78). C'est aussi l'une des raisons pour lesquelles la certification des praticiens a été mise en place. Le Ministère de la Santé a annoncé qu'à partir de 2017, il ne serait plus possible

d'exercer après la validation du cursus de base (78), pourtant aucune projection concrète n'est encore officiellement faite pour adapter les postes d'internes en médecine générale. De plus, la majorité des internes en médecine générale sont formés dans un cadre non universitaire.

En France, la moitié des postes d'internes est réservée à la médecine générale (77). En 2009, 6186 postes étaient ouverts, dont 3333 pour la médecine générale, soit 54%. Il était à moins de 50% en 2004. Il y a là une différence majeure avec la Turquie.

5.3. Choix de la discipline

Pour ce qui est du nombre de postes d'internes en médecine générale pourvus, la tendance observée est similaire dans les deux pays. En Turquie, la hausse des revenus du médecin de famille, ainsi que la priorité donnée aux spécialistes de médecine générale par rapport aux praticiens lors de l'affectation des postes dans un niveau de premier recours, a pour conséquence de rendre la discipline plus attractive. Le nombre de postes non pourvus au Concours de Spécialité en Médecine a donc largement diminué. Cependant, la médecine de famille reste encore parmi les dernières spécialités choisies.

En France, alors que suite à l'ECN de 2004, la fin de la médecine générale était annoncée, aujourd'hui elle fait partie des premiers choix des étudiants : elle est au 2^{ème} rang dans le classement des disciplines dans l'ordre de préférence des femmes et au 4^{ème} rang pour les hommes (77). Le taux de postes pourvus est largement en hausse. Il est passé de 59% en 2005 à 82% en 2009 (77).

5.4. Les profils des internes.

Le profil des internes de médecine générale en Turquie n'est pas homogène. En effet, la plupart ont déjà une expérience du terrain car ils ont travaillé dans des établissements de santé de premier niveau de recours comme les postes de santé, parfois pendant plusieurs années. Ils appréhendent donc leur formation de manière différente. D'emblée, ils savent ce qui est important d'apprendre et ce qui ne l'est pas, et par conséquent, la formation est sans doute plus bénéfique pour eux, contrairement à ceux qui ont enchaîné sur la spécialisation après la formation de

base. Ceux-là ont besoin d'un peu de temps avant de bien cerner la manière dont ils doivent orienter leur apprentissage. En effet, l'approche de la médecine générale, qui est une approche de premier recours, est différente de celle des autres niveaux, et des autres spécialités. C'est une approche globale de la personne, centrée sur l'individu, et qui se base surtout sur la clinique. Or, souvent, l'enseignement du tronc commun est axé sur les maladies plus que sur le malade, selon une approche biomédicale, linéaire, plus que biopsychosociale qui est elle plus complexe. Les enseignants se trouvent donc face à deux groupes différents d'internes, auxquels ils doivent s'adapter, car leurs besoins, du moins au début, sont différents.

En France, comme il est impossible d'exercer la médecine sans avoir effectué un troisième cycle, la population des internes est beaucoup plus homogène. Aucun n'a d'expérience pratique. C'est justement aussi pour cela qu'il est nécessaire de leur transmettre dès le début les bases nécessaires, pour que la formation, notamment en dehors du cadre de la médecine générale, soit exploitée au maximum.

6. Comparaison du déroulement de la formation des internes en médecine générale à Izmir et à Nancy

6.1. Une organisation générale proche au niveau universitaire

L'organisation globale de la formation du DES de médecine générale français est proche de celle de la spécialité en médecine de famille turque au niveau universitaire. En Turquie, on distingue deux périodes: celle jusqu'en 2009 où les études de spécialités étaient organisées selon la maquette de formation du règlement de 1983, et celle après 2009 où un nouveau règlement a été mis en place (53). Selon l'ancien règlement, la maquette de formation des internes en médecine générale n'était basée que sur des stages hospitaliers. Cependant, au niveau universitaire, cette maquette avait été modifiée pour pouvoir organiser un stage de médecine générale, contrairement aux hôpitaux de formation et de recherche qui avaient respecté strictement cette maquette. Avec la mise en place d'une nouvelle maquette courant 2010, faisant suite au nouveau règlement, le stage de médecine générale est devenu officiel et occupe la moitié de la durée totale du cursus. Cette nouvelle organisation étant encore toute récente, nous n'avons pas de données concernant la réorganisation de la formation au niveau non universitaire. En ce qui

concerne la formation des internes en médecine de famille dans le département d'Izmir, cette nouvelle maquette a peu modifié l'organisation de la formation puisque le stage de médecine générale avait déjà été instauré depuis longtemps. Donc la formation universitaire à Izmir se rapproche de celle de Nancy, puisqu'elle est organisée autour d'un enseignement théorique dispensé dans le département, et d'une formation pratique assurée au niveau de stages hospitaliers et du stage de médecine générale.

La durée réglementaire de la formation est identique, soit 3 ans, mais la réglementation turque prévoit une possibilité de prolongation de cette durée de 2 fois 6 mois en cas de nécessité (53). C'est ainsi qu'à Izmir, la formation est souvent prolongée pour que l'interne puisse terminer son travail de thèse mais surtout parce qu'il est estimé important que l'interne puisse passer un maximum de temps dans un cadre de médecine générale. En effet, souvent, la durée normalement réservée au stage dans l'unité d'application de médecine de famille, est raccourcie à cause des stages optionnels qui ne peuvent être réalisés que de cette façon. En France, la durée de formation n'est prolongée qu'en cas de mise en disponibilité, de maladie, de grossesse, d'invalidation de stage, mais pas pour perfectionner son apprentissage.

6.2. La maquette de stages : la répartition entre secteur ambulatoire et secteur hospitalier

En Turquie, l'interne de médecine générale doit effectuer, selon la nouvelle maquette établie en juin 2010, 18 mois de stages hospitaliers et 18 mois de stage en médecine générale, conformément aux recommandations de la WONCA et de l'UEMO. La moitié du cursus a donc lieu dans un cadre ambulatoire.

En France, la maquette du DES de médecine générale avait été initialement déterminée selon l'arrêté du 22 septembre 2004, et comportait:

- 3 semestres obligatoires dans des services ou départements hospitaliers agréés pour la médecine générale : un au titre de la médecine d'adulte (médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie), un au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie, et un au titre de la médecine d'urgence;
- 1 semestre libre dans un service ou département hospitalier agréé;

- 1 semestre auprès de praticiens généralistes agréés correspondant au stage de niveau 1;
- 1 semestre en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un SASPAS ou Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé), ou dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel, et réalisé en dernière année d'internat; ce stage est davantage orienté vers les perspectives professionnelles de l'interne. Le SASPAS constitue le stage ambulatoire de niveau 2.

L'interne devait donc effectuer 4 stages hospitaliers obligatoirement, et 1 stage ambulatoire de médecine générale de niveau 1, le stage ambulatoire de niveau 2 étant optionnel. Sur les 36 mois de formation, 24 mois soit les 2/3 étaient donc réalisés dans un contexte hospitalier, et seuls 6 mois en ambulatoire.

Cette organisation a été modifiée par l'arrêté du 10 août 2010, selon lequel la maquette ne comporte plus que 2 stages hospitaliers obligatoires dans des structures agréées pour la médecine générale (médecine d'adulte et urgences). Les stages de pédiatrie et/ou gynécologie et le stage libre peuvent être désormais effectués dans un contexte ambulatoire. L'interne de médecine générale a donc légalement la possibilité d'être formé 24 mois dans le secteur ambulatoire.

Cette réorganisation respecte d'une part les recommandations des sociétés savantes internationales, et les attentes des internes. En effet, selon une enquête d'envergure nationale réalisée par l'ISNAR-IMG en 2007, 64,7% des internes en médecine générale trouvaient la maquette trop hospitalière, et 92,3% pas assez ambulatoire (79).

En Turquie comme en France, l'évolution de la formation suit la même tendance en privilégiant de plus en plus le secteur ambulatoire.

6.3. Les activités d'enseignement du département de médecine générale.

6.3.1. Organisation de l'enseignement théorique

L'enseignement théorique en médecine de famille au niveau universitaire à Izmir est dispensé dans le département, d'Octobre à Juin, les jeudis après-midi. Le programme de la formation est étalé sur trois ans. D'une année à l'autre, les thèmes changent, mais chaque interne au terme de son cursus aura suivi tout le programme. Tous les internes doivent assister à l'ensemble des cours, ainsi que l'équipe

pédagogique. Le programme définitif est établi par le comité pédagogique du département, à partir du programme d'enseignement de base correspondant au minimum obligatoire, déterminé en collaboration avec les départements de médecine générale des facultés de médecine d'Aydin et de l'Université Marmara à Istanbul. Ceux-ci se basent sur les recommandations internationales, nationales et du Comité des Spécialités en Médecine. Au programme minimum s'ajoutent chaque année des thèmes choisis par les enseignants en fonction des besoins, et d'autres suggérés par les internes. Le nombre d'heures est d'environ 90 heures par an.

Cette formation théorique spécifique aux internes de médecine générale est inexistante dans les hôpitaux de formation et de recherche.

A Nancy, le programme est établi par le DMG, à partir de la maquette du DES, qui comprend environ 200 heures d'enseignement théorique. L'enseignement est étalé sur une année et couvre le programme de tout le cursus. Tous les internes peuvent assister aux mêmes cours quel que soit leur niveau. Un même thème est abordé deux fois par an pour que l'étudiant puisse y assister selon ses disponibilités. Ces cours sont coordonnés par deux enseignants: un médecin généraliste et un universitaire. Durant les trois années de l'internat, l'étudiant devra suivre la moitié des enseignements soit 35 séances, la présence à un séminaire complet équivalant à 2 séances d'enseignement. Depuis 2010-2011, l'assiduité aux cours est contrôlée par lecture optique de la carte d'étudiant à chaque enseignement.

Le nombre d'heures d'enseignement est donc plus important à Izmir, puisqu'il est de 270 à 300 heures au total, alors qu'à Nancy, la durée de l'enseignement théorique est de 200 heures. De plus, les internes turcs doivent obligatoirement assister à toutes les séances de l'enseignement théorique, dispensées dans le département. A Nancy, ils ne sont tenus de suivre que la moitié, ce qui augmente encore l'écart pour ce qui est de la charge de l'enseignement.

L'organisation globale de la formation théorique est différente entre les deux facultés. A Izmir, elle s'étale sur 3 ans, ce qui permet d'ailleurs d'assurer une telle masse de cours. A Nancy, tout le programme est dispensé en un an, et est renouvelé chaque année, ce qui explique la différence en termes de quantité au niveau de la formation théorique. Par contre, d'un coté comme de l'autre, tous les internes assistent aux

mêmes cours quel que soit leur niveau. Dans les deux cas, c'est le département de médecine générale qui établit le programme.

6.3.2. Les thèmes de l'enseignement théorique

A Nancy, l'enseignement théorique est fait de deux manières: un enseignement modulaire d'une part, préparant à la pratique de la médecine générale et constitué de 16 modules, et d'autre part, 28 séminaires traitant de situations fréquentes en médecine générale dans l'optique d'un exercice en soins primaires.

A Izmir, la formation théorique revêt des formes variées: cours dispensés par un des enseignants du département, ou par un interne, ou encore par un spécialiste d'une autre discipline en fonction du thème. Ils sont réalisés sur un mode interactif. Chaque semaine, des séances de lecture critique d'articles scientifiques ont lieu. Il y a aussi les séminaires concernant des domaines spécifiques comportant une formation théorique et une mise en application au niveau des ateliers de pratique, comme par exemple, le séminaire sur l'HTA où on apprend à l'interne à bien mesurer une tension artérielle, etc. A Nancy aussi, il peut y avoir des séances plus «pratiques» au sein des séminaires mais ceci est inconstant, alors qu'à Izmir, les séminaires sont vraiment axés sur la mise en application.

Nous avons réalisé un tableau comparatif des thèmes des enseignements entre les 2 facultés (Annexe 4). La quasi-totalité des thèmes enseignés à Nancy l'est aussi à Izmir, mais certains sont spécifiques au côté français:

- Les troubles du sommeil et la surveillance post thérapeutique en oncologie ne sont pas spécifiquement traités en Turquie. Cependant, les internes suivent des patients atteints de pathologies cancéreuses lors du stage de médecine interne, où il y a un secteur de chimiothérapie. Ils sont donc amenés à aborder la surveillance des patients suivant une thérapie anticancéreuse. Le thème des troubles du sommeil est abordé lors des cours de psychiatrie, mais il n'est pas enseigné séparément.
- La gériatrie est moins approfondie à Izmir. A Nancy, 2 séminaires y sont consacrés, à Izmir, un seul cours. Ceci peut s'expliquer par le fait que la population turque est relativement jeune par rapport à celle de la France, et la proportion de personnes de plus de 65 ans est inférieure en Turquie. Mais, l'évolution actuelle suit celle des pays

développés, et on assiste à un vieillissement de la population, en rapport avec l'augmentation de l'espérance de vie, avec pour conséquence la nécessité de mettre en place un suivi spécifique. La gériatrie commence à se développer en Turquie.

- La prise en charge des patients migrants et/ou en situation de précarité n'est pas non plus abordée. Pour les patients migrants, la situation paraît logique puisque ceux-ci sont rares en Turquie.

Certains sujets sont particulièrement approfondis des 2 cotés. C'est le cas des thèmes concernant l'éducation du patient, la santé et l'environnement, la relation médecin-patient, la communication, et l'éthique. Ceux-là sont en accord avec la mise en avant ces dernières années de l'approche spécifique du patient en médecine générale, qui est une approche globale, où la relation et la communication occupent une place cruciale, et où toutes les dimensions du patient sont prises en compte, y compris son environnement, et rejoignent les caractéristiques de la discipline définies par la WONCA (3).

A Izmir, on insiste plus qu'à Nancy sur certains points:

- La psychiatrie: du côté français, elle est enseignée au cours d'un séminaire dont les objectifs sont de « hiérarchiser les signes cliniques d'une affection psychiatrique, distinguer les signes cliniques des différents contextes pathologiques en fonction de leur retentissement et du risque, de lister les situations justifiant une hospitalisation à la demande d'un tiers, et de rédiger un certificat d'HDT ». Celui-ci est donc surtout orienté vers le diagnostic et l'aspect médico-légal, et reste théorique. Pourtant, la réglementation concernant le 3^{ème} cycle de médecine générale impose des temps de formation à la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients, durant les stages dans les structures hospitalières et ambulatoires habilitées pour cette formation (64), mais elle n'est pas mise en pratique. A Izmir, la formation comprend un enseignement théorique où on apprend à l'interne la façon dont doit être menée une consultation chez un patient présentant des troubles psychiatriques en médecine générale ainsi que la prise en charge de ces patients au niveau diagnostique et thérapeutique. Par exemple en 2010, un cours sur la thérapie cognitivo-comportementale a eu lieu. Les médicaments en psychiatrie, et le suivi de la pathologie psychiatrique en niveau de 1^{er} recours font aussi partie de

l'enseignement. De plus, une formation pratique est assurée par le stage de psychiatrie qui dure 3 mois.

- La médecine légale : une formation spécifique a lieu dans le département concerné, car les médecins généralistes en Turquie peuvent prendre en charge les problèmes de médecine légale durant leurs gardes si les services compétents sont éloignés, essentiellement dans les zones géographiques isolées. Ils peuvent être amenés, par exemple, à réaliser des autopsies lorsqu'il n'est pas nécessaire que celles-ci soient faites dans un cadre spécialisé.

- La prescription des médicaments : il y a une diffusion actuelle en Turquie de la notion de l'utilisation dite intelligente des médicaments. Elle consiste en la prise en compte de tous les paramètres dans une situation donnée afin de prescrire les médicaments les plus adaptés. Le but est d'éviter les prescriptions inutiles dans l'intérêt du patient et de limiter les dépenses qui n'ont pas lieu d'être. Une formation spéciale sous forme de séminaires est assurée à tous les internes quelles que soient leurs spécialités.

- La planification familiale, l'infertilité, et le conseil génétique en 1^{er} recours : ces thèmes entrent dans le cadre du Programme de la Santé de la Reproduction qui a été mis en place au niveau national ; le département d'Izmir a participé à des travaux de recherche à ce sujet.

Les sujets abordés tiennent donc compte des caractéristiques de la population du pays, et de la prévalence des maladies, qui peut être différente d'un pays à l'autre. Ceci peut expliquer les variations constatées dans les programmes des deux facultés.

Par ailleurs, les thèmes généraux concernant la discipline de médecine générale sont beaucoup plus approfondis à Izmir, tels que l'approche globale du patient, l'impact de la maladie sur le patient et son entourage, l'approche clinique mais aussi les différences de prise en charge entre le niveau de 1^{er} recours et les autres niveaux.

La réflexion au niveau de l'enseignement théorique à Izmir se fait toujours dans le sens de la médecine de 1^{er} recours. Des référentiels spécifiquement réservés à la médecine générale sont utilisés. Des protocoles sont d'ailleurs disponibles dans le

département, et dont les internes se servent lors des consultations. Ils correspondent à des algorithmes adaptés à la médecine générale, et établis selon les données scientifiques, conformément aux principes de la médecine basée sur les preuves.

6.3.3. Initiation des nouveaux internes aux principes de la médecine de famille à Izmir: la formation d'adaptation

Au département de médecine de famille d'Izmir, chaque nouvel interne débute son cursus par une formation dite d'adaptation durant 15 jours. L'objectif est de lui présenter l'organisation de l'enseignement, de l'initier aux principes de la discipline et de lui apprendre notamment les modalités de l'examen clinique et de l'interrogatoire en médecine générale. Cette formation se fait sous forme de cours. Elle permet à l'étudiant de prendre conscience d'emblée de la spécificité de la discipline, et de la nécessité d'orienter son apprentissage en fonction, notamment lors des stages hospitaliers.

A Nancy, ce genre de formation n'existe pas. C'est lors de l'enseignement théorique que les spécificités de la médecine générale sont transmises, en même temps que les différents thèmes sont abordés, mais il n'y a pas d'initiation qui permettrait à l'interne de prendre conscience pleinement et d'emblée de la particularité de la discipline et de sa pratique. Souvent, c'est lors des stages de médecine générale que l'étudiant prend conscience de l'approche spécifique en médecine générale, et parfois ce stage est effectué tardivement dans le cursus, si bien que souvent les étudiants regrettent de ne pas avoir pu profiter autrement de l'expérience acquise pendant les stages hospitaliers. Il en est de même dans les autres facultés en France où il ne semble pas exister une réelle initiation aux principes de la discipline, qui soit aussi complète. Elle dure en général une journée tout au plus.

Il n'y a pas non plus de formation d'adaptation au niveau des hôpitaux de formation et de recherche, cependant la nouvelle réglementation de 2009 prévoit la mise en place d'un enseignement d'initiation, visant à fournir aux internes qui débutent, des informations au sujet de l'établissement de formation, des responsabilités médicales, du développement professionnel, de la communication et de la déontologie. Ces directives concernent tous les internes quelle que soit la spécialité.

6.3.4. La transmission de l'approche spécifique en médecine générale

Selon la définition européenne de la WONCA (3), la médecine générale est une discipline ayant son contenu spécifique de pratique clinique, c'est une spécialité clinique qui est orientée vers les soins primaires. L'une des caractéristiques avancées dans cette même définition est l'approche globale de la personne dans toutes ses dimensions, et l'adoption d'un modèle holistique.

Longtemps, la médecine générale a été considérée comme un ensemble de fragments de chaque spécialité. On entendait souvent dire que le spécialiste était celui qui savait tout dans un seul domaine et que le médecin généraliste, celui qui savait un peu sur tout. Cette vision réductrice centrée sur la maladie ne correspondait pas à la réalité qui est bien plus complexe. La médecine générale est construite sur un modèle global, centré sur le patient, à la différence de la médecine spécialisée. Elle nécessite donc une formation spécifique.

A Izmir, au niveau universitaire, dès le début, l'accent est mis sur la spécificité de l'approche en médecine de famille, approche qualifiée de biopsychosociale, opposée au modèle biomédical. Cette approche est issue du modèle proposé par Engel, médecin généraliste et psychanalyste, il y a plus de 30 ans. Selon ce modèle, le maintien de la santé ou le développement de la maladie est sous la dépendance de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, devant tous être considérés de façon équivalente. C'est un « élargissement du modèle biomédical » comme le définit Anne Berquin dans un article de la Revue Médicale Suisse (80), pour qui ce modèle est un outil clinique essentiel, reposant sur l'intégration des divers éléments, pris en compte de façon simultanée, et sur la participation active du patient. Les internes en médecine générale smyrniotes sont donc exposés dès le départ aux principes de la médecine générale et de ce modèle lors de la formation d'adaptation. Il y a d'ailleurs un cours sur la définition de la médecine générale et de ses fondements, et un cours sur l'approche biopsychosociale en médecine générale. Un des enseignants avait souligné l'importance d'orienter l'enseignement dans ce sens dès leur arrivée car les études médicales du cursus de base suivaient surtout une logique biomédicale, différente de l'approche en médecine générale. Cette spécificité de la discipline est rappelée à chaque cours. Mais aussi au cours du stage de médecine générale où c'est même un des critères d'évaluation de la consultation par

l'enseignant : l'interne doit prendre en compte tous les aspects du patient, et tenter de résoudre l'ensemble des problèmes et pas seulement celui qui fait l'objet de la plainte.

A Nancy, on n'insiste pas suffisamment sur cet aspect de la profession, même si les modules et séminaires sont en général orientés vers la pratique de la médecine générale. Il n'y a pas de cours spécifique consacré aux modalités de la prise en charge d'un patient en médecine générale, ni sur la définition de la discipline et les rôles du médecin généraliste. La notion d'approche biopsychosociale n'est souvent pas abordée. Elle est transmise lors des stages de médecine générale mais là encore il y a de grandes variabilités.

Un autre aspect de la discipline, qui est enseigné au département de médecine générale d'Izmir, est la place primordiale de l'approche clinique en médecine générale, en niveau de premier recours. Le Professeur Okay BASAK, enseignant et chef du département de médecine générale de la faculté de médecine d'Aydin a illustré l'importance grandissante de la place de la prise en charge clinique au fur et à mesure qu'on se rapproche du 1^{er} niveau (81) :

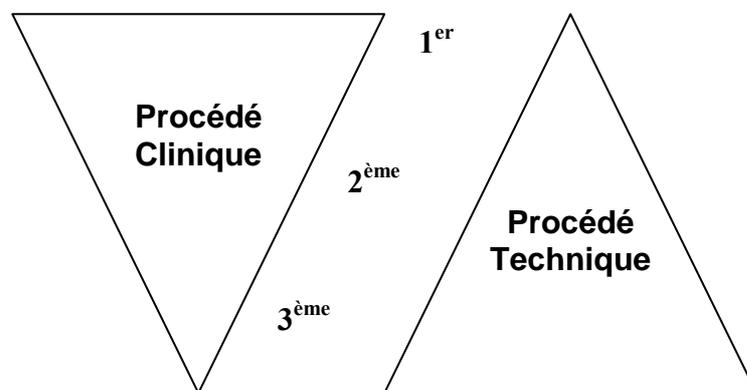


Figure 2 : Place de la démarche clinique et du procédé technique selon les niveaux de recours (81).

Ce schéma montre bien que la conduite à tenir est différente selon que la prise se fait en 1^{er} niveau de recours ou dans un niveau supérieur. C'est un point régulièrement souligné au département d'Izmir. Certains cours sont spécifiquement axés sur cette différence de prise en charge, et lors des débats également, on pose la question aux étudiants. En effet, les patients du 1^{er} niveau de recours se trouvent à

un stade indifférencié de leur pathologie, alors que lorsqu'ils se retrouvent en milieu spécialisé, le diagnostic est déjà orienté. Il paraît donc évident que l'approche du médecin généraliste sera surtout basée sur la clinique. Cet aspect fait d'ailleurs l'objet de nombreuses recherches en médecine générale, visant justement à améliorer la pratique et limiter tous les examens complémentaires inutiles. Pour cela, il est essentiel de bien maîtriser les modalités de l'examen clinique en médecine générale. Dans le département d'Izmir, au moment de la formation d'adaptation, un enseignement sur les modalités de l'examen clinique en médecine de famille est dispensé. Puis durant l'année, d'autres cours concernent l'examen clinique spécialisé adapté à la médecine générale, comme par exemple, l'examen neurologique en médecine de famille, ou l'examen dermatologique. Les cours favorisent la démarche clinique, et prennent en compte les référentiels spécialement élaborés pour la médecine de famille, dans un souci de systématisation et de respect des bonnes pratiques. Les internes ont à leur disposition des protocoles spéciaux concernant la conduite à tenir dans les diverses situations. Un des enseignants nous a rappelé à juste titre que souvent les médecins généralistes se plaignaient d'un manque de moyens techniques et que s'installait par conséquent un complexe d'infériorité vis-à-vis des autres spécialistes. Il nous a expliqué que notre travail était basé sur la clinique et non les examens complémentaires et que c'était la raison pour laquelle les enseignants du département favorisaient la démarche clinique et encourageaient les internes à réfléchir dans ce sens.

A Nancy, l'enseignement de l'approche clinique en médecine générale fait partie intégrante des divers cours dispensés mais il n'y a pas de formation spécifique à l'examen clinique dans le cadre de la médecine générale. Les séminaires et les modules sont cependant orientés vers la pratique de la médecine générale. Mais la part de la formation théorique étant inférieure en quantité à celle d'Izmir, il paraît logique que celle-ci ne soit pas autant approfondie. A Izmir, les internes sont sans cesse poussés à réfléchir à la prise en charge en niveau de 1^{er} recours et à privilégier la clinique, notamment au travers des groupes de travail. A Nancy, ce n'est pas aussi systématique. Là encore c'est essentiellement l'apanage des maîtres de stages que de transmettre cette approche.

6.3.5. La formation à la recherche

A la faculté d'Izmir, on accorde une grande importance à la formation à la recherche. En effet, dans le cadre de son exercice, le médecin généraliste turc doit connaître les caractéristiques de la population dont il est responsable. Le profil pathologique varie d'une région à l'autre, et les particularités de la zone géographique doivent être connues, afin de mener une action de prévention ciblée, c'est l'un des rôles majeurs du médecin de famille turc. Il doit aussi prendre en compte la prévalence de certaines pathologies selon la région. Le médecin de famille occupe une place primordiale en matière de santé publique. Par ailleurs, la recherche en médecine générale est nécessaire pour développer des outils fiables et adaptés à la médecine de premier recours, et donc pour orienter sa pratique selon une médecine plus objective basée sur les preuves. C'est pourquoi, le département d'Izmir met un point d'honneur à bien former ses internes dans ce domaine. Les notions de base ainsi que la méthodologie de la recherche sont enseignées au cours d'un séminaire qui s'étale sur plusieurs demi-journées, comprenant une formation théorique sous forme de cours et de groupes de travail, effectuée toujours sur un mode actif. Il permet d'acquérir les connaissances nécessaires pour bien mener un travail de recherche appliqué à la médecine générale. Puis une mise en application est réalisée: l'interne doit monter un projet de recherche qu'il présente ensuite à tous, enseignants et internes. On insiste beaucoup sur la méthodologie utilisée, afin de travailler en conformité avec les règles scientifiques, puisque la médecine générale est une discipline scientifique comme le précise la définition de la WONCA. Chaque semaine, il y a une séance de présentation d'articles scientifiques, soit par un interne soit par un enseignant. Elle se fait elle aussi sur un mode interactif. L'objectif recherché est d'apprendre à l'interne à analyser un article scientifique, à être critique au sujet de la méthode, de la pertinence des résultats, de l'intérêt de cet article pour la médecine générale. Le but est qu'il sache aller chercher les bonnes informations au bon endroit. Les internes doivent aussi, au cours de leur cursus, prendre part à au moins une activité de recherche au sein du département. Et, ils doivent réaliser deux mémoires concernant l'éthique et la santé publique en médecine générale, qui sont essentiellement des revues de la littérature.

A Nancy, on insiste beaucoup moins sur la formation à la recherche dans l'enseignement du DES de médecine générale. Le thème de la recherche est abordé

au cours du séminaire « Thèse et recherche, bibliographie et sources d'informations », mais celui-ci est surtout un enseignement théorique, il n'y a pas de réelle mise en application. Depuis peu, des ateliers thèses-mémoires ont été mis en place mais ils ne dispensent pas une formation permettant de mener des travaux de plus grande envergure. Les internes nancéens ne sont pas tenus de participer aux activités de recherche du département, ce qui pourrait aussi être un moyen de les initier à la recherche, et leur permettre de mieux comprendre ce qu'est une recherche en médecine générale et pourquoi elle est nécessaire.

Au niveau national, une association de jeunes chercheurs en médecine générale a été créée en 2004 : la French Association of Young Researchers in General Practice ou FAYR GP. Son objectif est de promouvoir et développer la recherche en médecine générale et en soins primaires au niveau national et international. Elle comptait 1700 adhérents en 2009, et représente la France au sein du Mouvement Vasco de Gama, qui est le mouvement européen des jeunes et futurs médecins généralistes (82). Cette association a mené une enquête en 2008 afin d'évaluer l'implication des internes en médecine générale en France dans la recherche en soins primaires en France (83) : 87% des internes ayant participé à l'enquête savaient qu'il existait une recherche spécifique en médecine générale mais 27% seulement avait lu un article scientifique, et 13% avait été sollicité pour effectuer un travail de recherche. Cette enquête vient confirmer le fait que la formation à la recherche en 3^{ème} cycle de médecine générale en France est insuffisante, et pourtant elle est capitale, comme le précise Gérard de Pouvourville, Directeur de Recherche au CNRS et Coordonnateur du Comité d'interface Inserm/Médecine générale. Dans un rapport rédigé en 2006 à la demande du Ministre de la Santé et du Ministre Délégué à la Recherche, sur les propositions d'actions pour le développement de la recherche en médecine générale, il rappelle que la « recherche est un moteur essentiel de l'amélioration de la qualité des soins », qu'elle « est une condition nécessaire à une médecine de haute qualité ». Il souligne le fait que « la possibilité pour un plus grand nombre de futurs médecins généralistes de recevoir au cours du troisième cycle une formation à et par la recherche, aura des retombées positives à la fois sur la formation de l'ensemble des étudiants et sur les pratiques médicales », et qu'« à l'heure où en France, comme dans la plupart des pays développés, on encourage la diffusion d'une culture médicale fondée sur les preuves (*evidence based medicine*) il paraît difficile de soustraire la moitié des médecins à une

formation leur permettant de comprendre les méthodes scientifiques et la valeur des preuves qu'elles apportent » (84). Cette formation est donc primordiale.

6.3.6. La formation à la relation médecin-patient et à l'éducation du patient

➤ La relation médecin-patient

Une des 11 caractéristiques du médecin généraliste définies par la WONCA (3) en 2002 est d'utiliser « un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée ». Il est précisé que cette relation est « déterminée par les capacités de communication du médecin généraliste et est en elle-même thérapeutique ».

Cette définition souligne d'une part la nécessité pour le médecin d'acquérir des compétences en matière de techniques de communication afin de pouvoir établir une bonne relation, et d'autre part que cette dernière fait partie de la prise en charge thérapeutique.

A Nancy, les principes de la relation médecin-patient sont enseignés au cours du séminaire intitulé « communication et relation médecin-patient », dont le but est d'apprendre à appliquer les principes de la communication à la relation médecin-patient, de gérer le déroulement de la consultation et de faire face aux situations difficiles. Le stage de médecine générale est ensuite l'occasion de mettre en pratique ce qui a été appris.

A Izmir, les internes sont également formés de façon spécifique. Des cours sur les techniques de communication et l'empathie sont dispensés. Les méthodes pour bien mener l'interrogatoire en médecine générale, ainsi que le rôle du médecin de famille lors de l'entretien sont des thèmes abordés dès le début au cours de la formation d'adaptation. Ensuite, durant le stage de médecine générale, ces connaissances acquises sont appliquées et évaluées : les compétences relationnelles sont un critère d'évaluation systématique à la fin des consultations. Savoir établir une bonne communication est primordial pour les enseignants du département à Izmir, car comme chacun nous l'a rappelé au cours des entretiens, c'est ce qui va déterminer la réussite de la prise en charge. Un des enseignants a souligné le fait que le médecin doit savoir établir un contact approprié afin de gagner la confiance du

patient et donc son adhésion à sa prise en charge. Ceci est évoqué à chaque séance d'enseignement.

Les internes de Nancy tout comme d'Izmir sont donc sensibilisés à la notion de relation médecin-patient et à son importance. Cependant l'acquisition de compétences est davantage contrôlée en Turquie. Mais les méthodes employées dans les facultés restent basiques. Il existe une méthode de formation à la relation médecin-malade qui est celle utilisée par les groupes Balint (85). Ces derniers ont été mis en place dans les années 50 par le Docteur Balint pour qui la relation est aussi thérapeutique, lançant ainsi le concept du « médecin-médicament ». Il s'est inspiré des « case work » américains pour former les médecins à la relation et a instauré le « séminaire de discussion collective sur les problèmes psychologiques afférents à l'exercice de la médecine générale », qui est le 1^{er} groupe Balint formé, en réunissant une quinzaine de médecins autour de lui. Cette méthode s'est développé depuis, et de nombreux médecins généralistes se retrouvent au sein de ces groupes afin de faire un travail sur les interactions entre soignants et soignés. Ces groupes sont habituellement constitués d'une dizaine de médecins généralistes qui débattent au sujet de cas cliniques sur leur versant relationnel, sous la supervision d'un psychanalyste. Au niveau de la formation des internes en médecine générale, cette méthode a été mise en place par exemple à l'Université Paris Descartes pour les internes effectuant un SASPAS, et a été accueillie avec succès (86).

➤ L'éducation du patient

Le médecin généraliste doit favoriser « la promotion et l'éducation pour la santé » (3).

L'un de ses rôles définis dans le Programme de la Transformation de la Santé en Turquie est d'améliorer la santé du patient et, l'éducation a toute sa place dans cette fonction. En effet, il ne suffit pas de prescrire un traitement pour répondre au besoin du patient, il est également nécessaire de bien lui expliquer les modalités de celui-ci, son intérêt, et de le conseiller pour corriger ses mauvaises habitudes. Les internes en médecine générale sont donc formés dans ce sens durant leur cursus en Turquie. Au cours de l'enseignement théorique, un séminaire est consacré aux techniques

d'éducation du patient et à la relation médecin-patient. L'étudiant apprend notamment les moyens de favoriser l'observance du traitement. Le stage de médecine générale permet la mise en pratique, et l'acquisition de compétences nécessaires. Celles-ci font l'objet d'une évaluation permanente à chaque consultation.

A Nancy, l'éducation du patient est enseignée au cours d'un module où on apprend à l'interne les moyens d'évaluer et renforcer la motivation pour aboutir à un changement de comportement, de conduire une démarche d'éducation pour la santé, de favoriser l'observance, etc. En théorie, la formation est presque complète. Comme à Izmir, la mise en application se fait durant le stage de médecine générale, mais l'évaluation est moins objective à Nancy.

6.4. Le stage de médecine générale

C'est au cours du stage de médecine générale que l'interne va réellement acquérir les compétences nécessaires à sa pratique future. C'est là qu'il va pouvoir mettre en application tout ce qu'il a appris durant la formation théorique mais aussi durant les stages hospitaliers, et surtout, c'est le terrain de la formation en médecine générale par excellence, puisque c'est l'unique lieu où il aura la possibilité d'acquérir les compétences nécessaires à la prise en charge des patients qu'il verra au cours de son exercice. Ceci a été illustré par Kerr WHITE avec le Carré qui porte son nom (Figure 3), et qui met en évidence la faible proportion de patients qui sont hospitalisés par rapport à ceux qui consultent un médecin (87) : 3, 6% des patients vus par un médecin finissent par être hospitalisés, et seuls 0,4% se retrouvent en CHU. Il a souligné de ce fait que la formation hospitalière, et plus encore en CHU, est insuffisante pour les internes en médecine générale, puisque les patients qui s'y retrouvent ne représentent qu'une infime partie de ceux vus au cabinet médical.

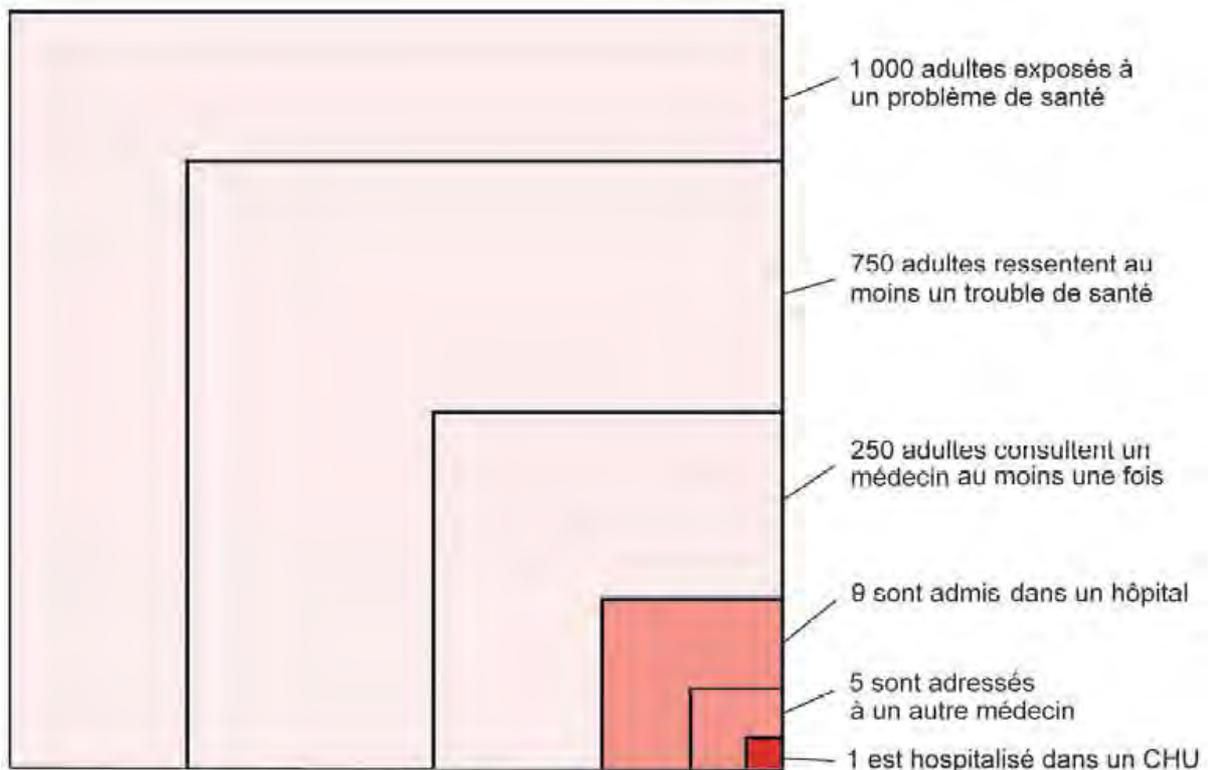


Figure 3 : Carré de WHITE (87)

En Turquie, le stage de médecine générale ne faisait pas partie de la maquette jusqu'en 2010. Cependant, à la faculté d'Izmir, il avait été instauré car les enseignants estimaient que celui-ci était essentiel pour apprendre de façon concrète le métier, la théorie permettant de recevoir les bases. Afin de pouvoir mettre en place ce stage, le département de médecine générale avait dû convaincre les chefs des autres disciplines d'accepter de valider les stages hospitaliers selon la durée réglementaire, même si officieusement ces stages avaient été raccourcis pour pouvoir intégrer le stage de médecine de famille dans la maquette. C'était un accord tacite entre les parties, qui reposait sur l'acceptation des autres spécialités. Actuellement, la durée de ce stage est de 18 mois selon la nouvelle organisation. Elle couvre donc la moitié du cursus, conformément aux recommandations internationales de la WONCA et de l'UEMO. Mais, la durée effective du stage est de 14 mois, 4 mois étant consacrés à des stages optionnels et des formations pratiques complémentaires.

A Nancy, l'interne doit réaliser un semestre auprès d'un praticien généraliste agréé, c'est le stage de médecine ambulatoire dit de niveau 1. Il a la possibilité d'effectuer

un deuxième stage dans un contexte de médecine générale en dernière année d'internat, dans le cadre du stage « professionnalisant ». Il se fait alors sous forme de SASPAS qui est l'acronyme de « Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé », et représente le stage ambulatoire de niveau 2. L'interne est seul au cabinet, et le praticien agréé est joignable par téléphone, alors que lors du stage obligatoire, il travaille avec le médecin généraliste enseignant. C'est une façon pour l'interne d'affiner ses compétences avant de débiter son exercice, d'acquiescer de l'assurance et de l'autonomie. Ainsi, la durée obligatoire en contexte de médecine générale est de 6 mois, et peut atteindre 12 mois avec le SASPAS. Elle est donc actuellement inférieure à celle en Turquie.

En ce qui concerne le lieu de ce stage, à la faculté d'Izmir, il se déroule dans le département de médecine générale, dans la polyclinique qui est un service de consultation en médecine de famille. Il est à noter que chaque département, quelle que soit sa spécialité, a une polyclinique. Le département de médecine de famille ne déroge donc pas à la règle. Cependant, l'un des grands soucis de cette polyclinique est le nombre relativement faible des patients par rapport à celui des centres de santé. En effet, le contexte habituel du 1^{er} recours est constitué des centres de santé familiale pour la majorité, or la situation intra universitaire de la polyclinique fait qu'elle est souvent perçue comme un niveau de 3^{ème} recours. La population, qui est autorisée à consulter encore pour le moment directement les niveaux spécialisés, ne pense pas à consulter à la polyclinique du département. Souvent, les patients viennent parce qu'ils ont été adressés, soit par les polycliniques des autres départements qui sont surchargées, soit par les médecins de famille travaillant en centre qui veulent avoir un avis, ou alors ce sont des personnes qui travaillent au CHU, personnel et étudiants. Ceux qui viennent de leurs propres initiatives sont rares. En conséquence, le stage de médecine de famille ne forme pas suffisamment les internes à leur pratique future non pas en qualité mais en quantité. C'est un aspect dont se sont plaints les internes mais aussi les enseignants. De plus, le profil de ces patients n'est pas représentatif de celui des centres, puisqu'ils sont moins nombreux. C'est pour cette raison que depuis début 2010, un stage dans un centre de santé familiale a été mis en place, car les responsables de la formation ont estimé indispensable que l'interne puisse voir comment un médecin de famille travaille sur le terrain. C'est un grand débat actuellement en Turquie. En effet, les représentants de

la discipline défendent depuis longtemps la nécessité d'une formation en réel contexte de médecine de famille à savoir au niveau des centres de santé familiale, mais la réglementation ne le permettait pas puisque les universitaires en Turquie n'ont pas le droit de travailler dans un autre contexte que l'université. Ils ne peuvent pas, par exemple, exercer à mi-temps en centre, et enseigner en même temps à la faculté. Or depuis longtemps, ils réclament un terrain qui serait équivalent à un centre de santé familiale mais aurait un statut universitaire. Depuis Février 2011, un nouveau règlement prévoit la mise en place de centres de santé familiale communs aux universités et aux hôpitaux de formation et de recherche (88). Ce seront des centres de santé familiale de formation et de recherche, qui accueilleront les internes en médecine générale, d'origine universitaire et non universitaire, mais aussi les étudiants en médecine, durant leur formation de base. Le département de la faculté d'Izmir travaille activement sur ce projet, en collaboration avec la Direction Provinciale de la Santé. Ainsi, ce sera l'occasion pour les internes d'être formés en situation réelle, et pour le département de médecine générale d'avoir un pool de patients affectés comme c'est le cas dans les centres de santé. De plus, ce sont les enseignants du département qui se chargeront de former les internes. Ce système se rapproche de la France par le fait que la formation pratique des internes en médecine générale va pouvoir se réaliser dans un vrai contexte de médecine générale.

Actuellement, le stage pratique en médecine générale correspond davantage à la réalité de l'exercice à Nancy, puisque qu'il s'effectue dans un vrai contexte de médecine générale, alors qu'à Izmir, pour le moment cette formation se fait en grande majorité hors du cadre de la médecine de famille. Les internes ne passent que 2 mois dans un centre, mais la durée totale consacrée à la médecine générale est plus importante à Izmir.

6.5. Les stages hospitaliers

Tableau 6 : Etat actuel de la maquette de stage à Izmir et à Nancy, et maquette nationale officielle en Turquie selon le nouveau règlement :

Les stages à Nancy	Les stages à Izmir	La nouvelle maquette officielle
6 mois dans un service hospitalier de médecine adulte (médecine interne polyvalente, gériatrie, médecine générale)	4 mois en médecine interne	4 mois de médecine interne
6 mois en pédiatrie et/ou gynécologie (Hospitalier ou ambulatoire)	5 mois en pédiatrie et 4 mois en gynécologie-obstétrique (Hospitalier)	5 mois de pédiatrie et 4 mois de gynécologie-obstétrique
6 mois de médecine d'urgence	1 mois dans un service d'urgences (uniquement à Izmir) 15 jours en orthopédie 15 jours en ophtalmologie 1 mois de chirurgie générale	1 mois en chirurgie générale
6 mois de stage libre dans un service agréé pour la médecine générale (Hospitalier ou ambulatoire)	3 mois en psychiatrie 1 mois en pneumologie 1 mois en cardiologie 1 mois en dermatologie	2 mois en psychiatrie 1 mois en pneumologie 1 mois en cardiologie
6 mois pour le stage dans le cadre du projet professionnel en 5 ^{ème} ou 6 ^{ème} semestre	14 mois de stage de médecine générale	18 mois de stage de médecine générale
6 mois de stage de médecine ambulatoire		

En Turquie, les stages hospitaliers ne s'organisent pas en semestre mais sont de durée variable, pour pouvoir incorporer plus de terrains de stage. Cependant, les durées des stages étant plus courtes, les internes universitaires ont souvent l'impression de ne pas avoir eu une formation suffisamment approfondie. Au moment où les entretiens ont été réalisés, les internes des hôpitaux de formation et de recherche avaient un cursus organisé selon l'ancienne maquette où les durées des

stages hospitaliers étaient plus longues. Ceux-là n'ont pas fait de commentaires particuliers concernant la durée des stages.

D'autre part, la maquette française est plus souple puisque l'interne peut choisir son lieu de stage dans une thématique donnée, alors qu'en Turquie, les lieux de stages sont imposés, mais ils couvrent la quasi-totalité des spécialités pour lesquelles une formation peut être utile. Par exemple, le stage de psychiatrie fait obligatoirement partie de la maquette, et le stage en dermatologie a été ajouté par le département d'Izmir. Ces 2 domaines sont très importants pour la pratique de la médecine générale, et la formation est insuffisante en France. A Nancy, ils sont abordés uniquement lors de séminaires. Les stages en cardiologie et en pneumologie sont également obligatoires à Izmir, alors qu'à Nancy, les internes ne peuvent effectuer ces stages que dans le cadre du stage libre ou de médecine interne. Mais ce n'est pas une obligation, donc un interne peut terminer son cursus sans avoir eu de formation pratique en cardiologie ou en pneumologie. Or là encore, les pathologies associées à ces spécialités sont fréquentes dans la pratique quotidienne. En ce qui concerne la pédiatrie et la gynécologie, les internes smyrniotes doivent réaliser les 2 obligatoirement, tandis qu'à Nancy, ils choisissent soit l'un soit l'autre. Dans certains cas, les deux stages peuvent être couplés dans le même semestre mais ce n'est pas une généralité. Là aussi, les deux disciplines occupent une place primordiale en médecine générale, il semble donc illogique de devoir faire un choix entre les 2. D'ailleurs, pour la gynécologie-obstétrique, à Izmir, la moitié du stage s'effectue au CHU et la moitié dans une maternité afin d'apprendre à réaliser des accouchements. C'est un des objectifs d'apprentissage pratique, puisque le futur médecin de famille dans le cadre notamment du service obligatoire, peut se retrouver dans des zones géographiques très isolées et il est nécessaire qu'il puisse maîtriser ce geste. De la même façon, 1 mois de son stage de médecine générale est consacré à l'apprentissage de la réalisation de curetage dans le cadre d'IVG, et de la pose et dépose de dispositifs intra utérins, à nouveau dans une maternité.

Le stage professionnalisant n'existe pas en Turquie, alors qu'à Nancy, ce stage a été mis en place il y a quelques années pour permettre à l'interne de se perfectionner dans un domaine précis, ou d'organiser un stage en fonction de ses perspectives professionnelles, notamment dans le cadre des DESC.

La formation à Nancy est donc plus malléable qu'à Izmir où la maquette est imposée, et s'adapte plus aux besoins de l'interne, puisque c'est lui qui choisit parmi les terrains de stage disponibles. De plus, la formation tient compte des projets professionnels de l'étudiant, ce qui n'est pas le cas à Izmir. Mais ceci est dû au fait qu'en Turquie, il n'y a pas de DESC comme en France. L'interne en médecine générale s'oriente donc obligatoirement vers une carrière de médecine générale.

Un autre point à préciser est qu'à Nancy, les internes choisissent leurs stages en fonction des résultats obtenus à l'ECN. En Turquie, les résultats du concours d'entrée ne sont pas pris en compte, puisque les stages sont imposés, il n'y a pas de choix à faire.

A Izmir, les stages sont tous réalisés au CHU dans lequel se trouve le département. Les internes n'effectuent que deux stages à l'extérieur, à la maternité. Ceci s'explique par le fait que l'Université est une structure ne dépendant pas du Ministère de la Santé. Elle forme donc ses étudiants au sein de sa structure. A Nancy, les internes sont répartis sur toute la région Lorraine.

6.6. Les gestes techniques

Les gestes techniques qui doivent être maîtrisés à Izmir sont globalement proches de ceux de Nancy, hormis quelques exceptions. En effet, les internes turcs doivent savoir réaliser les analyses microscopiques simples des différents prélèvements qu'ils auront effectués : sanguins, vaginaux, urinaires, cutanés, etc. Un microscope est à leur disposition dans le département. Ils sont formés pour cela durant leurs stages en 4^{ème} et 5^{ème} années de médecine.

Ils doivent également maîtriser l'accouchement normal, et détecter ceux qui sont pathologiques. Pour cela, ils se rendent pendant 3 mois au service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Atatürk. Ils doivent avoir effectué au moins 20 accouchements au cours de leur cursus, et une dizaine d'épisiotomies. La réalisation d'interruptions volontaires de grossesse et la pose de dispositifs intra utérins sont acquises lors d'une formation spécifique d'un mois à la maternité de Konak.

Ils apprennent aussi à mesurer une tension oculaire et à réaliser des fonds d'œil durant le stage d'ophtalmologie. Ils doivent en effectuer respectivement 30 et 40. En effet, les centres de santé familiale doivent comprendre un ophtalmoscope selon la réglementation. Le médecin de famille doit donc connaître son utilisation.

Par ailleurs, le département a, à sa disposition, un appareil d'échographie. L'un des enseignants a suivi une formation pour en réaliser, et initie les internes à cet examen dans le cadre du suivi des patients. Il ne s'agit pas d'apprendre à poser des diagnostics radiologiques, mais l'échographie est plus considérée comme une étape de la consultation. Un appareil d'échographie fœtale portatif doit faire partie du matériel dont doivent s'équiper les centres de santé. Certains auteurs en Turquie soulignent l'utilité de cet examen en médecine générale, et la nécessité d'une formation spécifique durant la spécialisation (89).

Ces spécificités turques concernant la nature de certains gestes devant être maîtrisés, alors qu'elles ne font pas obligatoirement partie des objectifs d'apprentissage à Nancy, sont en rapport avec l'exercice de la médecine générale en Turquie. Le médecin de famille turc, à l'issue de sa formation, peut se retrouver seul dans des petits hôpitaux de districts ruraux, loin de tout plateau technique ou structures hospitalières plus importantes. Il peut donc être amené à devoir prendre en charge des situations très variées et doit maîtriser un maximum de gestes.

En France, les gestes à apprendre durant la formation en médecine générale sont ceux qui sont le plus effectués dans la pratique quotidienne.

Comme pour les thèmes de l'enseignement théorique, la différence des objectifs d'apprentissage concernant les gestes, est due aux spécificités du pays, et de l'exercice de la médecine générale.

6.7. Intégration des internes d'Izmir aux activités du département

A Izmir, les internes en médecine générale participent activement aux diverses activités du département. Par exemple, ils prennent part aux activités de recherche dans le cadre de leur formation : ils doivent participer à au moins une activité de recherche durant leur cursus. Ils participent également aux activités d'enseignement : les internes de dernière année assurent certains cours de la formation d'adaptation des nouveaux venus, mais prennent part aussi aux enseignements dispensés à la faculté de médecine aux étudiants durant les 4 premières années, aux côtés des enseignants du département. C'est une façon de

les motiver à l'enseignement. La discipline a besoin, en Turquie comme en France, d'enseignants en médecine générale.

Par ailleurs, ils assistent aux congrès en même temps que les responsables de la formation. C'est ceux-là qui organisent leur participation. Ils peuvent également être amenés à réaliser des posters pour les présenter à ces congrès.

A Nancy, l'interne a peu de contact avec le DMG. Il ne s'y rend en général que pour assister aux cours.

Il semble intéressant d'intégrer l'interne dans les activités académiques. En effet, c'est une occasion de faire en sorte qu'il s'approprie pleinement sa discipline, et ceci entraîne donc une plus grande implication dans sa formation. C'est une source de motivation à l'exercice de la médecine générale. Une étude menée par l'ISNAR-IMG en 2007 (79) sur l'évolution de la formation de l'interne en médecine générale a montré qu'un interne sur quatre souhaite réaliser un DESC. Dans la situation actuelle de crise de la démographie médicale (90), où un peu plus de la moitié des diplômés en médecine générale consacrent leur activité à l'exercice de la médecine de 1^{er} recours, il semble important de mettre en place des mesures visant à motiver l'interne à exercer la médecine générale.

6.8. Les méthodes d'enseignement

Au département de médecine générale à Izmir, la formation en médecine générale se base sur le concept du paradigme d'apprentissage qui utilise des pratiques constructivistes et place l'interne au cœur du dispositif (91). L'objectif est d'aider l'interne à acquérir les connaissances et compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale. C'est une méthode de pédagogie active, utilisée à tous les niveaux de la formation.

Cette méthode est mise en application surtout lors du stage de médecine générale. Les patients sont vus avec un enseignant du département qui évalue l'interne au moyen d'une grille spécifique. L'enseignant lui délivre ensuite les résultats de son évaluation. Il y a ainsi un retour d'information à l'interne afin de lui permettre de mettre en place des stratégies d'apprentissage par l'exploitation de ses erreurs, mais aussi par les besoins qu'il va ressentir à la suite de la consultation, au moyen du « formulaire du plan d'apprentissage individuel » qu'il présente à l'enseignant. A la fin

de chaque mois, une évaluation de ses acquis est faite avec le tuteur. L'étudiant construit donc ses connaissances à partir des questions qu'ils se posent, en interaction avec l'enseignant. L'évaluation est imbriquée dans les activités d'enseignement et d'apprentissage. Elle permet de promouvoir et diagnostiquer les apprentissages. C'est donc un élément essentiel du processus d'acquisition des compétences. L'enseignant a pour rôle de faciliter l'apprentissage.

Par ailleurs, à Izmir, on favorise l'apprentissage par l'expérience, comme nous l'a précisé le Docteur GUNVAR. Les connaissances sont construites à partir de contextes professionnels authentiques. Les enseignants du département estiment important que l'interne puisse acquérir ses compétences sur le terrain, unique lieu selon eux pour réellement intégrer la pratique de la médecine générale. D'ailleurs, c'est aussi pour cette raison que l'Association des Académiciens en Médecine Générale (AHAD) est contre le principe de la certification des praticiens par une formation à distance via internet. Elle estime que le métier de médecin ne peut s'apprendre que sur le terrain. Au département de médecine de famille d'Izmir, la priorité est donc donnée à la mise en application pratique des savoirs théoriques acquis, et celle-ci est bien codifiée.

L'enseignement théorique utilise l'approche réflexive. Ce n'est pas une transmission de connaissances passive, mais on pousse l'interne à acquérir des savoirs par le raisonnement. Ainsi, les cours se font sur un mode interactif, sous forme de débats autour des thèmes du programme, de cas cliniques, ou encore au sein de groupes de travail avec réflexion sur un sujet donné. L'interne est amené à assurer lui-même certains cours, ce qui l'oblige à rechercher les informations nécessaires: il participe donc activement à son apprentissage. C'est l'un des principes de l'enseignement à la faculté de médecine à Izmir.

La formation théorique se fait en groupe, tout le monde la suit en même temps, alors que l'enseignement de la pratique se fait de façon individuelle, auprès du patient, rappelant le procédé du compagnonnage. Elle permet de suivre chaque étudiant séparément, de le corriger et guider son apprentissage pour qu'il puisse acquérir les compétences nécessaires à son rythme.

A Nancy, la formation théorique se fait également de façon commune à tous les étudiants. Par contre, celle-ci est plus passive, surtout en ce qui concerne les modules. Il s'agit plus d'une transmission de savoirs ne faisant participer que très peu l'interne. Celui-ci assiste aux cours en tant que spectateur, rarement acteur. Il ne fait jamais de présentation, et n'est donc pas poussé à rechercher les informations par lui-même. Les séminaires peuvent parfois comporter des ateliers pratiques, ou des groupes de travail, poussant ainsi l'interne à la réflexion mais ceci reste variable, et est beaucoup moins systématique qu'à Izmir.

La formation repose donc surtout sur le paradigme d'enseignement, centrée sur l'enseignant et non l'interne. C'est lui qui transmet les connaissances et non l'étudiant qui les construit par lui-même, guidé par le formateur. De même, durant le stage de médecine générale, l'interne n'est pas poussé à établir lui-même des plans d'apprentissage. Il ne fait pas l'objet d'une évaluation objective permanente qui ferait partie de l'enseignement.

Par contre, à Izmir comme à Nancy, l'acquisition des compétences se fait par l'expérience, en situation réelle, durant le stage de médecine générale, et les méthodes d'enseignement se rejoignent en ce sens qu'il s'agit d'une formation individuelle : l'interne apprend seul avec le maître de stage, auprès du patient. Mais celle-ci est moins protocolaire qu'à Izmir, et plus variable. Les méthodes utilisées par chacun des enseignants peuvent être très différentes. La formation sera passive chez certains où l'interne ne fera qu'observer, ne réalisera parfois même aucune consultation seul, et chez d'autres, il en aura l'entière responsabilité. Il n'y a donc pas de consensus réel pour la formation pratique en médecine générale. Il n'est pas poussé à établir des objectifs d'apprentissage qui lui permettrait de progresser réellement en matière d'acquisition des compétences. Cependant, d'autres départements de médecine générale en France mettent en place des procédés d'acquisition des compétences conforme au paradigme d'apprentissage. C'est le cas par exemple à la Faculté de Médecine de l'Université Paris Descartes.

Il y a une spécificité nancéenne par rapport à Izmir, et celle-ci concerne le SASPAS. Il constitue une sorte de pont entre les études et l'exercice professionnel, permettant à l'interne de gagner de l'assurance et de l'autonomie. C'est une méthode intéressante dans la mesure où elle permet à l'interne de se rendre compte seul des points qu'il doit approfondir avant de débiter son activité professionnelle.

6.9. *Le suivi de la formation*

6.9.1. *Le Carnet de l'interne*

A Izmir, chaque interne possède ce qu'on appelle un « Carnet de l'Interne ». C'est un classeur où il range toutes les traces de ses apprentissages. Il conserve également les fiches où il note toutes les activités théoriques auxquelles il a participé et les gestes réalisés, afin de les comptabiliser dans le cadre de l'évaluation objective. Ce Carnet est évalué régulièrement par le tuteur qui fait le point avec l'interne sur ses acquis, et le guide. On peut l'assimiler au portfolio, qui existe dans certains départements de médecine générale en France. C'est un outil pédagogique utilisé dans le cadre de l'enseignement centré sur l'étudiant, qui privilégie les pratiques constructivistes. Il permet de garder des traces écrites des apprentissages mais il est aussi le support des interactions entre l'interne et l'enseignant ou son tuteur (91). C'est un document personnel construit tout au long du cursus. Dans le nouveau règlement turc, il est prévu de mettre en place un système centralisé de suivi de la formation de l'interne : chacun aura un carnet électronique dans lequel il devra reporter toutes les activités théoriques et pratiques auxquelles il aura participé durant sa formation. Ce carnet sera validé par le tuteur et le responsable de l'unité de formation. Un contrôle sera effectué tous les 6 mois pour s'assurer que l'interne a bien validé ce qui est nécessaire, et pour intervenir si besoin. Ce carnet sera remis à l'interne à la fin de son cursus, et la version électronique sera stockée dans une archive nationale centralisée. Ce sera un moyen pour l'Etat et la communauté de vérifier la qualité de la formation et les compétences acquises par les internes.

A Nancy, le portfolio n'a pas été mis en place, mais il existe dans certaines facultés qui utilisent des méthodes pédagogiques actives, constructivistes. Il constitue un outil d'évaluation et d'interaction.

6.9.2. Le tutorat

A Izmir, chaque interne est suivi par un tuteur, qui est l'un des enseignants du département. Celui-ci change tous les 6 mois, pour que l'interne puisse travailler avec chacun des enseignants. Le tutorat est un moyen pédagogique qui entre dans le cadre du paradigme d'apprentissage. Le tuteur a pour rôle de guider l'interne dans sa formation, c'est un facilitateur d'apprentissage. Il fait le point au moins une fois par mois avec lui afin d'évaluer ses acquis, et de le pousser à mettre en place de nouveaux objectifs d'apprentissage, en élaborant des plans adaptés. L'interne est le moteur de sa propre formation, accompagné du tuteur. Ce dernier permet d'attester des compétences professionnelles en médecine générale de l'interne.

A Nancy, le système du tutorat n'existe pas. Cependant, il a été mis en place dans d'autres facultés.

6.10. Les évaluations

A Izmir, les étudiants sont évalués de façon permanente, objective et systématisée :

- Permanente : par les tuteurs, lors du stage de médecine générale, via les présentations à effectuer, les projets de recherche à établir, les mémoires à réaliser durant le cursus, etc.

- Objective : l'évaluation de l'acquisition des compétences se fait au moyen de formulaires préétablis, que l'enseignant remplit à chaque réunion avec l'interne, mais aussi après chaque consultation ; l'acquisition des connaissances est contrôlée par un examen annuel sur support écrit ou informatique sous la forme de QCM et de QROC. Tous les internes participent au même examen, mais la note minimale à obtenir change en fonction du niveau. L'évaluation de la quantité des acquis se fait grâce à un système de notation par crédits, qui rejoint le système américain. Chaque activité théorique et pratique est comptabilisée sous forme de crédits. Un nombre de crédits minimum à obtenir est défini pour chaque année du cursus. Le processus de Bologne n'a pas encore été mis en place à Izmir, mais la Turquie fait partie des pays signataires (ce processus est expérimenté pour le moment au niveau de villes pilotes, comme Istanbul).

- Systématisée : l'évaluation est la même pour tout le monde et est bien codifiée.

Tous les 6 mois, le tuteur établit un rapport avec le total des crédits, et les notes obtenues aux examens. Celui-ci est validé par le chef du département et adressé au Décanat.

Par ailleurs, un examen en fin de cursus, dit de spécialisation, apprécie l'acquisition globale des compétences. C'est un examen oral. L'interne réalise une consultation filmée. Les membres du jury visionnent l'enregistrement vidéo qu'ils évaluent. Puis, l'interne est soumis à un ensemble de questions sur la consultation, sa prise en charge, le patient, les problèmes présentés par le patient, etc. D'autres questions générales lui sont posées, notamment sur la conduite à tenir dans certaines situations spécifiques.

A Nancy, l'évaluation des compétences se fait par un examen qui a lieu en fin d'année sous forme de Test de Concordances de Script (TCS). Cette méthode d'évaluation permet d'évaluer les capacités de raisonnement dans une situation d'incertitude. Ce test est constitué de situations cliniques authentiques et problématiques. Il est soumis à un panel d'experts constitué des enseignants du DMG, dont les résultats servent à élaborer une grille de notation. L'étudiant doit participer à l'épreuve de TCS chaque année, mais seule celle de la dernière année est sanctionnante. Ceci permet de suivre l'acquisition des compétences. Pour valider cet examen, le score de l'étudiant calculé en % par rapport au panel d'experts, ne doit pas se situer en-dessous de 2 écarts-types de la moyenne des scores obtenus par les étudiants de son année.

L'évaluation durant les stages à Nancy se fait en général à la fin de celui-ci au moyen d'une fiche de validation de stage où sont notés les objectifs. Ceux-là doivent être validés par le maître de stage.

Dans les 2 facultés, il y a donc une évaluation des compétences et des connaissances.

Concernant les compétences, l'évaluation à Izmir est continue durant tout le cursus, et se fait essentiellement par l'intermédiaire du tuteur qui suit leur acquisition. Elle est aussi systématisée puisqu'elle repose sur des supports d'évaluation bien établis et qui sont utilisés pour tous les internes. Une évaluation finale apprécie les compétences acquises sur l'ensemble du cursus. A Nancy, elle est ponctuelle et est réalisée lors des épreuves de fin d'année essentiellement, où sont évaluées simultanément les compétences et les connaissances. Cependant, le maître de stage apprécie également la pratique de l'interne durant le stage au cabinet médical,

mais celle-ci n'est pas codifiée et reste donc variable d'un terrain de stage à l'autre. C'est surtout à la fin du stage qu'une fiche attestant des compétences acquises est remplie, mais le but est surtout de valider le stage.

6.11. La validation du cursus

A Izmir, pour passer d'un niveau à l'autre, l'interne doit avoir totalisé un nombre de crédits minimum pour la formation théorique et pratique. De toute façon, il est dans l'obligation de participer à tous les cours. Par ailleurs, il doit réaliser 2 mémoires dans les 2 premières années de son cursus. Enfin, il doit avoir obtenu une note minimale pour chaque examen de fin d'année. Il ne peut passer à un niveau supérieur s'il n'a pas rempli toutes les conditions (crédits, note à l'examen, mémoires). En plus, en dernière année, il doit effectuer un travail de thèse. Le sujet est établi en général durant la 1^{ère} moitié du cursus. Il doit être en rapport avec la médecine générale. Ensuite, l'interne construit un projet de thèse, qu'il présente aux enseignants et aux autres internes, afin de recueillir l'avis de chacun. Le projet, une fois validé par le directeur de thèse et le chef du département, est soumis au Comité d'Ethique de la faculté, qui doit autoriser l'interne à débiter sa recherche. La thèse terminée est examinée par un jury qui est aussi le jury de l'examen final. Une date pour l'examen final de spécialisation est ensuite fixée, où sont posées des questions au sujet de la thèse d'une part et où est réalisée une évaluation que nous avons décrit avant.

Donc, pour valider son cursus, l'interne doit :

- cumuler un nombre de crédits minimum attestant de l'acquisition d'expérience,
- avoir réalisé 2 mémoires,
- avoir validé les examens de fin d'année,
- avoir validé tous ses stages
- avoir validé une thèse
- avoir validé l'examen final

Mais aussi :

- avoir participé à au moins un congrès
- avoir participé à au moins une activité de recherche
- avoir effectué au moins une présentation par an dans le département lors des enseignements du jeudi après-midi

A Nancy, pour valider sa formation, l'interne doit :

- avoir participé à au moins 50% de l'enseignement théorique dispensé dans le département, soit 35 séances sur les 3 ans, un séminaire de 2 demi-journées comptant pour 2 séances
- avoir participé à 3 épreuves de TCS
- avoir obtenu un score minimum à l'épreuve de TCS de 3^{ème} année
- avoir participé à au moins 3 séances de Formation Médicale Continue, et fournir les attestations
- avoir validé tous les stages exigés pour le DES
- avoir rédigé et soutenu un mémoire portant sur un travail de recherche clinique ou fondamentale. Le projet de mémoire doit être approuvé par le coordonnateur après avis du conseil scientifique. Il doit être dirigé par un enseignant du DMG.
- rédiger un document de synthèse portant sur les travaux scientifiques qu'il a réalisés, les congrès ou colloques auxquels il a participé, les stages à l'étranger qu'il a éventuellement effectués, et toute autre expérience scientifique.

Pour valider son doctorat en médecine, l'interne doit soutenir une thèse dite d'exercice. Le département encourage les internes à choisir un sujet en rapport avec la médecine générale, mais ce n'est pas une obligation. Dans ce cas, la thèse peut tenir lieu de mémoire en tout ou partie, si le sujet concerne la médecine générale, après avis du Conseil Scientifique et si elle est soutenue avec succès lors de la dernière année d'internat. La thèse peut être soutenue dès le 4^{ème} semestre et jusqu'à 3 ans après la fin de l'internat.

Les modalités de validation du cursus dans les 2 facultés sont assez proches, notamment la nécessité de réaliser une thèse, mais aussi la validation des stages, des examens, la réalisation de mémoires. Par contre à Izmir, l'interne ne soutient pas la thèse comme en France, mais est soumis à des questions à son sujet lors de l'examen final qui n'existe pas à Nancy. Les examens de fin d'année à Izmir seraient plutôt équivalents aux épreuves de TCS, en ce sens que ce sont des examens écrits, et ayant lieu à la fin de chaque année.

7. Le post internat

7.1. Les formations complémentaires en France

En France, les internes de médecine générale ont accès à des Diplômes d'Etudes Spécialisés Complémentaires ou DESC. Ils peuvent « se spécialiser » dans une voie en particulier, comme par exemple en médecine d'urgence, en gériatrie, en médecine du sport, etc.

En Turquie, l'interne en médecine générale n'a pas cette possibilité. Les DESC sont accessibles uniquement à certaines disciplines. De plus, certains DESC en France sont des DES en Turquie, comme par exemple la médecine d'urgence et la médecine du sport.

7.2. Le Service Obligatoire en Turquie

En Turquie, tout médecin diplômé est dans l'obligation d'effectuer le service obligatoire, un peu comme le service militaire. Comme nous l'avons expliqué, c'est un moyen de palier au déficit en médecin dans certaines zones géographiques du pays, essentiellement les régions du sud-est. Il ne peut donc travailler sans avoir réalisé ce service. D'ailleurs, son diplôme de spécialité ne lui est délivré qu'après l'avoir accompli. Ce service est une grande source d'angoisse pour les internes en médecine générale qui ne peuvent faire de projets d'avenir puisque celui-ci est incertain. Ceci s'est d'ailleurs ressenti dans les entretiens puisque tous ont été surpris de la question sur leurs projets professionnels, et ont répondu après un temps de réflexion.

Après le service obligatoire, l'interne de médecine générale peut choisir de rester là où il effectue ce service, ou demander à être muté. C'est l'Etat qui décide des affectations, selon les places disponibles, les demandes en cours, etc. En France, le jeune médecin généraliste est libre de choisir le lieu de son installation. Il peut également décider d'effectuer des remplacements en attendant, système inexistant en Turquie.

8. Le ressenti et les attentes des internes en médecine générale à Izmir

Ce qui interpelle dans les entretiens au niveau des internes, est le fossé entre le ressenti des internes suivant une formation universitaire et celui des internes qui dépendent des hôpitaux de formation et de recherche. Les 1ers sont tous très satisfaits, alors que les autres sont extrêmement déçus, l'un d'entre eux a même songé à démissionner de son poste. Ceci s'explique aisément par le fait qu'au niveau universitaire la formation est orientée vers la médecine de 1^{er} recours, alors que celle dispensée au niveau des hôpitaux de formation et de recherche est une formation indifférenciée. Les internes veulent acquérir des compétences spécifiques à la discipline, et ceux issus de la formation universitaire sont satisfaits.

La filière universitaire de médecine générale revêt toute son importance en Turquie, puisqu'elle permet d'élever de façon conséquente le niveau de la formation en médecine de famille par rapport aux hôpitaux de formation et de recherche. C'est d'ailleurs grâce aux efforts et au combat acharné des enseignants universitaires de médecine de famille, en collaboration avec des associations telles que TAHUD, que la qualité de l'enseignement a pu être amplement améliorée. Elle a permis de former des médecins de famille compétents. C'est dans l'objectif d'acquérir des compétences spécifiques que la majorité des internes a débuté une formation de spécialité. Mais il y a un réel déséquilibre dans la formation des deux structures. En France, tous suivent la même formation donc le problème ne se pose pas. Par contre, la formation s'est nettement améliorée ces dernières années, et permet l'acquisition de compétences spécifiques en médecine générale. Cette progression a été visible surtout depuis la mise en place de la FUMG, qui a hissé la discipline au rang de spécialité universitaire, et a permis de favoriser l'attractivité de la discipline.

La formation à la recherche semble être un point positif de l'enseignement universitaire en Turquie. L'ensemble des internes a abordé ce sujet, et chacun pense avoir reçu une formation suffisante.

Pour ce qui est de l'enseignement théorique, au niveau universitaire, les internes interrogés sont particulièrement satisfaits des méthodes d'enseignements, notamment les débats et les groupes de travail sont appréciés. Le fait de participer à l'élaboration du programme de la formation théorique a été pointé comme très positif. Ce procédé permet de s'adapter aux besoins de l'interne et d'orienter son apprentissage en fonction. De plus, c'est une source de motivation pour l'acquisition

de savoirs, puisque l'interne n'a pas l'impression de subir sa formation mais d'en être aussi l'acteur. D'ailleurs, au niveau des hôpitaux de formation et de recherche, les internes en médecine générale semblent résignés, et condamnés à subir une formation qui ne leur convient pas.

Les stages hospitaliers semblent poser davantage de problème puisque tous les internes ont évoqué le manque de reconnaissance de la part des autres spécialistes. Ce fait est très marqué au niveau des hôpitaux de formation et de recherche, où l'interne en médecine générale est considéré comme un pion placé là où on a besoin de lui et non là où il pourrait apprendre le plus. C'est aussi un point souvent évoqué par les internes en médecine générale en France. Il arrive souvent que celui-ci serve de main d'œuvre et qu'on oublie que c'est avant tout un étudiant en formation.

De plus, tous les internes ont insisté sur le fait que les services de consultation sont plus formateurs, et plus proches de l'activité de médecine générale, puisque ce sont des services ambulatoires. Ils regrettent de ne pas pouvoir y consacrer la plus grande partie de leurs stages, qui de ce fait sont moins bénéfiques. La France rejoint la Turquie à ce sujet puisque l'interne effectue les stages dans les services presque en totalité. Il ne va que rarement en consultation, car souvent on a besoin de lui dans les secteurs d'hospitalisation. Or, se former auprès de patients alités paraît beaucoup moins intéressant pour l'exercice de la médecine générale. L'enquête de l'ISNAR-IMG vient confirmer le fait que les internes « trouvent la maquette de stages trop hospitalière » et « pas assez ambulatoire » (79).

En ce qui concerne les lieux de stages à Izmir, les internes estiment avoir réalisé l'ensemble des stages nécessaires et ne sont pas demandeurs d'autres stages. En France, se pose surtout le problème du stage de pédiatrie/gynécologie, puisque souvent l'interne doit faire un choix entre les 2. Pourtant, la pédiatrie et la gynécologie font partie de la pratique quotidienne du médecin généraliste.

Les attentes et ressentis des internes turcs semblent rejoindre en certains points ceux de la France.

9. La médecine générale en 2^{ème} cycle

En France, la 2^{ème} partie du 2^{ème} cycle des études médicales est organisée selon l'arrêté du 4 Mars 1997, modifié par l'arrêté du 2 Mai 2007 (92), et selon lequel, l'enseignement théorique doit comporter des thèmes en rapport avec la pratique de la médecine générale. De plus, les étudiants doivent choisir des enseignements optionnels parmi plusieurs thèmes proposés dont l'un est : « le rôle du médecin généraliste en matière de prévention individuelle et collective ». Cet enseignement optionnel doit couvrir au moins 60 heures par an. Une formation clinique est également assurée au cours d'un stage de médecine générale chez un praticien agréé, qui est obligatoire. Ce stage avait été créé en 1997 uniquement dans les textes (6), mais ce n'est qu'en 2007 qu'il a pu être mis en place. Il s'agissait au départ d'un stage d'initiation, de courte durée. Il est actuellement organisé selon l'arrêté du 18 juin 2009 (93) et doit comporter un minimum de 6 semaines à temps plein ou 3 mois à mi-temps ou 60 demi-journées.

En Turquie, la participation des départements de médecine générale à l'enseignement du cursus de base est très variable (94). Tout d'abord, toutes les facultés de médecine ne possèdent pas de département de médecine générale.

A Izmir, le département de médecine de famille intervient dans la formation des étudiants essentiellement les 3 premières années. Il participe au même titre que les autres disciplines à l'enseignement théorique utilisant la méthode de l'apprentissage par problèmes. De plus, il dirige le Comité d'Introduction à la Clinique à la faculté, qui organise la formation théorique et pratique destinée à l'acquisition des compétences cliniques de base. On apprend à l'étudiant la manière dont doivent être réalisés l'interrogatoire et l'examen clinique. Ce comité fait intervenir les enseignants des diverses spécialités. En 3^{ème} année, l'étudiant se rend 6 jours dans l'année dans un centre de santé familiale et bénéficie d'une formation individuelle par un praticien ou spécialiste en médecine générale ayant été certifié par le département de médecine générale. Il existe un stage optionnel de médecine générale en 4^{ème} année qui dure 15 jours. Dans certaines facultés, la 6^{ème} année, dite année de « l'internat » est entièrement consacrée à l'exercice de la médecine générale afin de préparer les futurs praticiens à la pratique de la médecine de 1^{er} recours. A Izmir, ce stage n'existe pas encore, mais c'est l'un des objectifs.

10. Les problèmes

10.1. En Turquie

Les principaux problèmes évoqués lors des entretiens à Izmir concernent:

- La formation sur le terrain en médecine de famille.

C'est le problème principal au niveau universitaire, mais aussi pour les hôpitaux de formation et de recherche. Le stage de médecine générale pour les internes de la Faculté de Médecine du 9 Septembre est actuellement réalisé à la polyclinique du département de médecine de famille, mais cette dernière ne correspond pas à un vrai niveau de 1^{er} recours, et le nombre de patients est insuffisant. De plus, la polyclinique est en dehors du système, de ce fait, elle n'a pas de patients affectés. Les travaux actuels du département sont principalement orientés vers la création d'un centre de santé familiale universitaire qui permettrait de former les internes dans un contexte authentique, et cette formation serait supervisée par les enseignants universitaires. La réglementation concernant la création de ces centres est entrée en vigueur. La mise en application est en cours. Au niveau des hôpitaux de formation et de recherche, le stage de médecine générale est devenu obligatoire depuis juin 2010, créant un mouvement de panique au sein de ces établissements : ce stage qui était totalement absent de la formation jusque là, couvre désormais la moitié du cursus. Les infrastructures sont inexistantes. Les centres qui vont être créés seront communs aux universités et aux hôpitaux de formation et de recherche.

- L'absence d'homogénéité dans la formation des internes en médecine générale

La formation est très différente entre les universités et les hôpitaux de formation et de recherche. Le cadre universitaire permet de former les futurs médecins généralistes conformément aux recommandations et de leur faire acquérir les compétences nécessaires. Les départements de médecine de famille dispensent une formation spécifique, alors que la formation non universitaire est indifférenciée. Ceci était dû au fait que la maquette de stage était uniquement constituée de stages

hospitaliers, et que cette organisation avait été strictement appliquée au niveau des hôpitaux de formation et de recherche.

De plus, les internes y sont considérés souvent comme des « pions » placés là où il manque des médecins. Ils représentent plus une main d'œuvre que des étudiants en formation.

Il y a donc un véritable fossé entre les deux formations, et la majorité des spécialistes en médecine de famille en Turquie est formée dans un milieu non universitaire. En 2009, sur les 6601 postes d'internes ouverts pour l'ensemble des spécialités, seuls 378 étaient réservés à la médecine générale, soit 5,7 %, dont 79 pour les universités. Ainsi, 21 % des internes qui débutaient leur formation de médecine générale en 2009, ont donc reçu un enseignement spécialisé dans un cadre universitaire. Ce nombre semble augmenter progressivement pour les prochaines promotions, puisque le département de médecine générale d'Izmir va accueillir 5 internes en juin 2011. Mais rien n'est clairement établi.

➤ La formation de la période de transition

Les incertitudes existant autour de cette période posent problème. En effet, la date de fin n'est pas clairement établie, en conséquence, cette formation est perçue comme une voie parallèle de formation en médecine générale, puisqu'il est possible d'accéder au statut de médecin de famille uniquement par la certification accordée par le Ministère de la Santé, sans passer par le concours, et sans avoir à suivre d'études supplémentaires. De plus, il n'y a pas non plus de projets définis concernant l'évolution du nombre de postes d'internes en médecine générale. De nombreux doutes persistent donc sur l'avenir de la discipline.

Les conditions de réalisation de la formation de la période de transition sont également vivement critiquées. L'Association des Académiciens en Médecine de Famille de Turquie (AHAD) a dénoncé, lors de sa 2^{ème} réunion en janvier 2008 (61), le fait que les accords initiaux n'ont pas été respectés, notamment en ce qui concerne la date finale de cette période à partir de laquelle une spécialisation devait être obligatoire pour tous les futurs médecins de famille, mais aussi à propos de la durée de ces formations qui devaient se faire en 10 jours pour la 1^{ère} étape et qui ont finalement été réduites à 7 jours, du contenu jugé insuffisant, et de la 2^{ème} étape qui était basée au départ sur une formation pratique sur le terrain pour faire acquérir les

compétences nécessaires à l'exercice de la profession, et qui s'est finalement transformée en une formation virtuelle, à distance, via internet. Le Ministère de la Santé avait décidé en 2003, lors de la mise en place du Programme de Transformation de la Santé, de faire accéder au statut de médecin de famille tous les praticiens travaillant en niveau de premier recours, en organisant un examen écrit sur une journée, reposant sur ses Protocoles de Diagnostic et de Traitement. C'est à la suite de réunions communes avec TAHUD et les représentants des départements de médecine générale qu'il a été convenu de mettre en place une formation en deux étapes dont les modalités étaient bien définies. Les enseignants universitaires devaient assurer la formation des médecins qui allaient être responsables de la formation des praticiens sur l'ensemble du territoire (61). Mais il en a été autrement, et une partie des départements de médecine de famille, comme celui d'Izmir, s'est retirée du projet.

➤ La méconnaissance de la discipline

La discipline a longtemps souffert et souffre encore de sa méconnaissance auprès de la population mais aussi des médecins. En Turquie, la discipline de médecine générale existe depuis 1983, date à laquelle elle a été introduite au tableau des spécialités en médecine. Avant cette date, l'appellation « médecin généraliste » ou « médecin de famille » n'existait pas. Les médecins qui travaillaient dans le cadre de la médecine générale étaient les praticiens. Ce sont eux qui étaient affectés aux postes de santé représentant le niveau de 1^{er} recours. Avec la réforme du système de santé dans le cadre du Programme de Transformation de la Santé, a été instauré le « Système de médecine de famille ». A partir de là, le service de santé du niveau de 1^{er} recours, représenté par les centres de santé familiale, a été assuré par les médecins de famille, qui sont soit des praticiens « certifiés » soit des spécialistes en médecine générale. Ce n'est donc qu'en 2005 qu'a débuté une « culture » de la médecine générale au sein de la population. Elle n'existait pas auparavant, c'est pourquoi beaucoup de gens ne connaissent pas le rôle exact du médecin généraliste, comme l'a souligné l'un des enseignants universitaires. C'est aussi le cas pour beaucoup de médecins ou d'internes. Cela se traduit par une formation inadéquate des internes en médecine générale au niveau des stages hospitaliers. Ceci étant plus marqué au niveau des hôpitaux de formation et de recherche puisque

la formation y est beaucoup moins codifiée. Tous les internes interrogés ont évoqué ce problème.

En France, la médecine générale est bien ancrée dans les esprits, même si sa spécificité est reconnue depuis peu. Le médecin de famille a toujours fait partie de la vie de chacun, et a occupé une place importante. La population sait qui est le médecin généraliste, alors qu'en Turquie, c'est une personnalité nouvelle qui fait désormais partie du quotidien. D'ailleurs, on demande souvent quelle est sa spécialité à un médecin de famille. Cependant, en France, la médecine générale a été longtemps perçue comme une « sous-spécialité », comme un patchwork de toutes les disciplines, y compris parmi les médecins. Le problème de la méconnaissance de la discipline a toujours été d'actualité, mais elle s'estompe progressivement. La mise en place du DES et de la FUMG a contribué à sa valorisation en tant que discipline à part entière.

10.2. En France

➤ La désaffection de la médecine libérale

La crise de la démographie médicale est au cœur des débats en France. En effet, malgré un nombre important de médecins généralistes sur le territoire (environ 100 000 médecins généralistes diplômés), la proportion de ceux partant en retraite par rapport à celle des nouveaux arrivants est élevée (95). Ceci est dû au fait que dans les années 1970 à 1980, le *numerus clausus* était nettement supérieur à celui des années 90 (plus de 8000 places pour la 1^{ère} période contre 3500 entre 1990 et 2000).

D'autre part, sur les 100 000 médecins généralistes diplômés environ, en France, à peine plus de la moitié exerce la médecine de 1^{er} recours (91), le reste choisissant une médecine plus spécialisée (« MOP » ou Médecins à Orientation Particulière, et spécialisation via les DESC) ou le mode salarial (95). On assiste à une désaffection de la médecine générale libérale. De nombreux facteurs sont à l'origine de ce phénomène. La moindre valeur de la discipline dans la hiérarchie des spécialités, et la dépréciation aux yeux des pairs font partie des raisons invoquées par les médecins généralistes (94). La valorisation de la profession, et l'amélioration de la qualité de la formation semblent être des éléments importants. Dans une enquête

réalisée auprès d'environ 3000 internes en médecine générale en 2008, 38,5% seulement voulaient s'orienter vers un mode d'exercice libéral, et une formation initiale insuffisamment adaptée aux spécificités de la médecine générale semblait être une des raisons du non choix de l'exercice en contexte de 1^{er} recours (96). En effet, durant leurs 9 ans d'études, seuls 6 mois de stage de médecine générale sont obligatoires.

En Turquie, le problème de la démographie médicale a plus ou moins trouvé sa solution avec la mise en place du service obligatoire. Cependant cette mesure coercitive est mal vécue par la population médicale et est à l'origine d'incertitudes concernant leur avenir, et donc d'inquiétudes. L'éventualité d'une obligation de s'installer pendant au moins 2 ans dans une zone sous-médicalisée à été évoquée en France aussi, mais ceci semble difficilement applicable (94).

➤ Insuffisance des effectifs des enseignants en médecine générale

Dans un communiqué de presse datant du 6 mai 2010, le Syndicat National des Généralistes Enseignants dénonce le manque d'enseignants en médecine générale. Les 6000 internes sont gérés en 2010 par 85 enseignants de la discipline équivalents temps plein, dont seulement 10 titulaires sur toute la France, alors que 5500 enseignants universitaires à temps plein sont responsables du reste des étudiants (70). En Turquie, l'effectif des internes en médecine générale étant faible, le problème ne se pose pas encore, mais il ne saurait tarder surtout si le gouvernement décide de mettre fin à la période de transition.

➤ Une maquette de stage ne comprenant que 6 mois obligatoires

La maquette actuelle de la formation des internes en médecine générale ne comprend que 6 mois de stage obligatoires en médecine générale. Ceci est probablement insuffisant pour former correctement les futurs médecins de 1^{er} recours. Il y a cependant une évolution qui se fait dans le bon sens puisque désormais, l'interne peut effectuer 24 mois dans le secteur ambulatoire grâce à la nouvelle réglementation. Mais seuls 12 mois maximum peuvent être réalisés en médecine générale.

IV. SYNTHÈSE

Dans les deux pays, la formation des internes en médecine générale a subi de profonds changements afin de mieux répondre aux exigences de la profession.

En Turquie, on peut distinguer quatre événements importants ayant marqué le paysage de la formation en médecine générale : l'ajout de la discipline au tableau des spécialités médicales en 1983, l'instauration de départements de médecine générale en 1993 signant le début de l'enseignement universitaire de la discipline, la mise en place officielle du stage de médecine générale qui couvre la moitié du cursus en 2010, et la création prochaine de centres de santé familiale de formation et de recherche communs aux universités et aux hôpitaux de formation et de recherche. On assiste à une évolution vers la standardisation de la formation au niveau des divers établissements, et vers un enseignement davantage axé sur la médecine générale, et son exercice.

En France, la médecine générale a également connu des dates importantes dans l'histoire de sa formation : la 1^{ère} a été la mise en place du 3^{ème} cycle de médecine générale en 1982, puis la reconnaissance de la discipline comme spécialité à part entière ayant abouti à l'institution du DES en 2004, la création d'une FUMG en 2008, et récemment la modification de la maquette de stage dominée par le secteur ambulatoire. C'est une période de mutation du côté turc comme du côté français.

Les points forts de la formation en médecine générale à Nancy par rapport à Izmir sont les suivants:

- La formation a lieu dans un cadre unique pour tous les internes, c'est-à-dire la faculté.
- La spécialisation est obligatoire pour tous les futurs médecins généralistes.
- Les responsables de la formation sont des spécialistes de la discipline dans tous les DMG.
- L'évolution se fait vers une maquette qui privilégie de plus en plus le secteur ambulatoire.
- La maquette de stages est plus souple, et elle tient compte des projets professionnels de l'interne et lui laisse une plus grande liberté de choix.

- La formation n'est pas restreinte au CHU, mais les internes effectuent des stages dans les hôpitaux périphériques où la prise en charge des patients est moins spécialisée, et donc un peu plus proche de l'exercice en médecine générale.
- La formation sur le terrain a lieu dans un contexte authentique de médecine de 1^{er} recours, et est donc plus conforme à l'exercice de la médecine générale en France.
- Le stage ambulatoire de niveau 2 (SASPAS) permet d'acquérir progressivement de l'autonomie.

Les points forts de la formation universitaire des internes en médecine générale à Izmir sont :

- une meilleure reconnaissance des enseignants de médecine générale qui ont un statut équivalent à ceux des autres spécialités.
- une maquette de stages dont la moitié est consacrée à la médecine générale.
- une initiation à la médecine générale au début du cursus dans le cadre d'une formation d'adaptation.
- une méthode d'enseignement centrée sur l'interne qui participe activement à sa formation, accompagné d'un tuteur.
- un enseignement plus axé sur l'approche spécifique en médecine générale.
- une formation théorique plus approfondie.
- une formation qui s'adapte aux besoins de l'interne aussi bien lors de l'enseignement théorique que lors du stage de médecine générale.
- une formation pratique plus importante, et davantage contrôlée grâce au système de notation par crédits.
- une formation à la recherche plus poussée.
- une évaluation continue faisant partie du processus d'apprentissage et d'enseignement, et systématisée permettant de contrôler l'acquisition des compétences de tous les internes d'une façon équivalente. En conséquence, la formation est la même pour tous, et la variabilité des connaissances et compétences est moindre.
- une meilleure intégration de l'interne au département, et à ses activités, qui est source de motivation pour l'apprentissage et engendre une plus grande satisfaction vis-à-vis de la formation et de l'exercice de la médecine générale.
- une plus grande prise en compte du ressenti et des besoins de l'interne avec la possibilité pour l'interne d'évaluer sa formation et ses formateurs.

CONCLUSION

Notre étude nous a permis de découvrir la formation des internes en médecine générale à Izmir, et de mettre en évidence les points communs et divergents avec celle de Nancy.

L'une des différences majeures entre la Turquie et la France est l'existence de deux voies de formation en spécialité de médecine générale du côté turc, une qui est universitaire et une autre non universitaire, avec une grande variation dans la qualité de l'enseignement entre les deux voies. De plus, les médecins de famille exerçant dans un contexte de soins de santé primaires en Turquie peuvent être des spécialistes de la discipline mais aussi des médecins ayant juste validé le cursus de base et ayant reçu une certification dans le cadre de la formation de la période de transition. Ceci aggrave encore plus les déséquilibres au niveau des compétences. La population des médecins de famille en Turquie est donc très hétérogène, contrairement à la France, où les internes en médecine générale sont tous formés dans un cadre universitaire, et où la spécialisation est obligatoire pour pouvoir exercer. Dans les deux pays, l'accès à la spécialisation est sanctionné par un concours national.

A l'échelle locale, les deux facultés se rejoignent dans l'organisation globale de la formation qui couvre trois axes principaux: l'enseignement théorique, la formation pratique au cours des stages hospitaliers, et la formation pratique à l'exercice de la médecine générale. Elles ont en commun également le programme de la formation théorique qui englobe des thèmes similaires dans l'ensemble, avec un accent mis sur la relation médecin-patient, l'éducation du patient, la santé et l'environnement. Certains thèmes sont, en revanche, exclusivement abordés d'un côté ou de l'autre en raison des caractéristiques propres de la population.

Par ailleurs, les critères de validation du cursus sont comparables avec en particulier la nécessité de réaliser une thèse et le passage d'un examen final. La formation non universitaire est totalement différente puisqu'elle ne s'articule qu'autour de stages hospitaliers et ne dispense pas de formation spécifique, mais les modalités de validation finale sont semblables.

Cependant, les différences de formation entre les deux facultés sont nombreuses. Les points forts à Izmir sont : les méthodes d'enseignement, qui sont centrées sur

l'étudiant; la participation active de l'interne à la formation et aux activités diverses du département de médecine générale ; une formation théorique quantitativement plus importante, qui s'adapte aux besoins de l'interne, qui insiste davantage sur l'approche spécifique en médecine générale-médecine de 1^{er} recours, et qui met l'accent sur le concept de la médecine basée sur les preuves ; une initiation théorique aux principes de la discipline faite dans le cadre de la formation d'adaptation au début du cursus, alors qu'à Nancy, les internes débutent d'emblée leurs stages ; une formation à la recherche plus approfondie et plus globale (théorique et pratique) contrairement à Nancy, où elle est surtout axée sur la préparation de la thèse et du mémoire. Concernant la formation pratique en médecine générale, celle-ci est plus codifiée du côté smyrniote et l'évaluation de l'acquisition des compétences est plus objective et continue tout au long du cursus, à la différence de Nancy, où cette évaluation se fait de façon moins systématisée et plus subjective durant le stage, et a véritablement lieu à la fin du cursus, lors de l'examen de fin de 3^{ème} année.

Par contre, le contexte de la formation pratique en médecine générale est plus authentique à Nancy par rapport à Izmir, puisqu'elle est assurée dans les cabinets des médecins généralistes-maîtres de stage, alors que du côté turc, elle a lieu dans une structure différente du cadre dans lequel le futur médecin de famille exercera. Cependant, la législation prévoit de créer prochainement des centres de santé dédiés à la formation et à la recherche.

Le lieu du stage de médecine générale est donc pour le moment plus adapté à l'exercice professionnel à Nancy, mais sa durée est plus longue à Izmir puisqu'elle couvre officiellement la moitié du cursus, conformément aux recommandations internationales.

En ce qui concerne les problèmes de la formation en médecine générale dans les deux pays, ceux-ci sont différents : en Turquie, ils concernent essentiellement le terrain de la formation en médecine de famille, et le fossé existant entre la formation dispensée par les universités, et celle des hôpitaux de formation et de recherche. Mais le pays vit actuellement une période de mutation. En effet, le stage de médecine générale, qui n'existait pas officiellement, a été mis en place ; la formation est désormais mieux contrôlée au niveau central par le Conseil des Spécialités en Médecine créée à la suite du nouveau règlement, et qui assure la standardisation de

l'enseignement ; la création prochaine de Centres de Santé Familiale de Formation et de Recherche, communs aux universités et aux hôpitaux de formation et de recherche. Les principaux problèmes sont donc en théorie réglés mais il reste la mise en pratique des solutions proposées, et celle-ci est en cours. Persiste encore la question de la formation de la période de transition, et surtout de la fin de cette période à partir de laquelle une formation complémentaire spécialisée sera obligatoire pour exercer en tant que médecin de famille.

En France, c'est la désaffection de la médecine libérale par les jeunes médecins généralistes qui est au centre des débats, et les pouvoirs publics cherchent des solutions pour remédier à la crise de la démographie médicale. Une meilleure adaptation de la formation aux demandes des internes, une participation plus active à l'apprentissage, une formation ambulatoire majoritaire par rapport à la formation hospitalière, une meilleure intégration de l'interne aux activités du département et une initiation aux principes de la médecine générale puis un rappel constant de son approche spécifique pourraient inciter l'interne en médecine générale à l'exercice de la médecine générale libérale. De plus, une formation à la recherche plus approfondie est nécessaire au développement de la médecine générale au niveau de sa pratique mais aussi de l'enseignement, et permettrait de l'élever davantage au rang de discipline scientifique.

La formation dispensée par le département de médecine générale à Izmir semble donc plus complète qu'à Nancy, et plus efficace, en intégrant l'interne au processus d'apprentissage. Celui-ci occupe une position plus active par rapport à Nancy, et s'approprie la discipline. Les problèmes majeurs ont trouvé des solutions.

Dans le contexte actuel, la qualité de la formation spécifique des futurs médecins généralistes-médecins de famille est capitale puisqu'elle détermine la qualité des soins de santé primaires, et participe en conséquence, à l'amélioration du système de santé, dont le médecin généraliste est le « gardien de la porte », en le rendant plus efficient et plus adapté aux besoins de la population. Un enseignement performant permet aux « médecins pieds nus » à la sortie du cursus de base, comme définis lors de la Déclaration d'Alma Ata (1), d'accéder à un niveau de médecin généraliste hautement qualifié.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Entretiens avec le Docteur Tolga GUNVAR et le Professeur Dilek GULDAL

✓ Entretien avec le Professeur Dilek GULDAL

Le Professeur GULDAL est chef du département de médecine générale de la Faculté de médecine du 9 Septembre. Elle a effectué ses études médicales à Ankara à la Faculté de Hacettepe, et a fait l'internat de médecine générale à Izmir, à l'Hôpital de Formation et de Recherche Atatürk. Elle a accédé au statut de Maître de Conférences en médecine générale en 2000 à la Faculté du 9 Septembre et de Professeur des Universités en 2006. Elle est le 6^{ème} Professeur des Universités de médecine générale en Turquie. Elle a réalisé de nombreux travaux sur la formation des étudiants en médecine et la médecine générale en Turquie. Elle est actuellement présidente de l'Association des Académiciens en Médecine Générale de Turquie ou AHAD. Nous avons abordé avec elle la formation en médecine générale à la faculté d'Izmir, son déroulement, la mise en place du département de médecine générale, les activités du département, les problèmes de la formation spécifique en médecine générale, et les projets. Nous avons également évoqué le sujet de la formation de la période de transition à Izmir.

« Le sujet de ce travail de thèse porte sur la formation des internes en médecine générale en Turquie. Nous avons décidé de prendre l'exemple d'Izmir. Je vais donc vous poser des questions concernant le déroulement de la formation, les problèmes rencontrés, les projets éventuels ainsi que des questions à propos de votre département. Nous aborderons aussi la question de la formation de la période de transition à Izmir.

Nous allons d'abord parler de votre département.

Quand et comment a-t-il été créé ?

Notre département a été créé en 2001. J'avais en tête de créer ce département. Au départ, j'ai occupé d'autres postes, puis j'ai gagné leur confiance, mais ça a été très difficile de le mettre en place. Au début, ils ont refusé parce que la médecine générale a été présentée initialement comme faisant partie du projet de privatisation, c'est-à-dire comme une source de profit. Elle n'a pas été présentée comme une discipline. Il a été mis en avant à l'époque que les services de santé devaient être assurés par des organismes privés à but lucratif et non par des organismes publics. Ceux qui étaient contre le projet de privatisation étaient donc contre la médecine générale. C'est pour cette raison qu'au départ ils n'ont pas voulu créer le département mais à force d'explications, ils ont fini par accepter. Ensuite petit à petit, nous avons accueilli des enseignants. Nous avons accueilli notre 1^{er} interne en 2003. C'était un chypriote : Deniz. Actuellement nous avons 16 internes, et nous allons en recevoir encore 5 après le prochain examen.

De qui dépend le département de médecine générale administrativement parlant ?

Nous sommes liés à la faculté, mais nous bénéficions aussi des services du centre hospitalier.

Combien y a-t-il d'enseignants ?

Ils sont au nombre de 7. Certains s'occupent de la formation avant l'internat, certains s'occupent de l'organisation de l'internat. Mais c'est moi qui centralise tout.

Quelle formation ont reçu les enseignants ?

Il y a 2 types de formation pour tous nos enseignants :

-La 1^{ère} est une formation dispensée par l'Université. C'est une formation sur la méthode d'enseignement de l'apprentissage par problème, qui est la méthode utilisée dans notre faculté. Nous avons aussi une formation pour acquérir les compétences de l'enseignement. Cette formation est obligatoire, nous l'avons tous reçue.

-La 2^{ème} n'est pas obligatoire. C'est la formation dispensée par EURACT mais nous l'avons aussi tous reçue ici. C'est une formation des enseignants. En 2000, des formateurs d'EURACT sont venus ici pour nous former à l'enseignement. C'était en anglais. Ensuite, 3 d'entre nous qui avaient reçu cette formation sont devenus eux même formateurs. Puis nous avons organisé une première formation pour les enseignants sous la surveillance de représentants d'EURACT, ensuite nous avons continué seuls. Nous avons donc 2 certificats de formateurs, l'un délivré par l'université, l'autre par EURACT. Nous avons ainsi formés nous-mêmes des médecins généralistes spécialistes mais aussi des praticiens à l'enseignement, parce que nous leur envoyons des étudiants de 3^{ème} année de médecine en formation. Nous organisons des formations chaque année. Pour ceux qui ont déjà été formés, nous organisons des formations de rappel. Nous avons au total 5 modules de formation.

Pour les enseignants que nous avons formés, ils sont 53 dans les centres de santé avec lesquels nous travaillons. Nous leur envoyons nos étudiants. Nous leur avons délivré des certificats de formateurs. Ce sont des médecins généralistes ou praticiens. Par contre les internes, nous les adressons uniquement à des médecins généralistes spécialistes, qui ont reçu les 2 formations, universitaire et EURACT. Pour le moment seul le Dr Sehnaz HATIPOGLU reçoit nos internes, parce que les médecins généralistes ne sont pas très impliqués et nos internes lorsqu'ils ont fini sont affectés à d'autres villes, sinon eux sont très impliqués.

Le Dr HATIPOGLU nous suffit pour l'instant. Nous lui envoyons les internes pendant 2 mois. Après, ça va passer à 3 mois. Mais nous avons aussi d'autres médecins généralistes spécialistes qui ont reçu ces formations mais pour le moment Dr HATIPOGLU est suffisante.

Quels sont les activités du département ?

Nous avons un rôle d'enseignement auprès des internes mais aussi les étudiants.

Nous avons une activité de soins dans notre polyclinique.

Nous avons également une activité de recherche : il y a bien sûr les thèses, nous essayons de choisir au maximum des thèmes qui vont apporter quelque chose à la médecine générale.

Nous faisons des études diverses, par exemple, le rôle de l'approche spécifique du médecin généraliste dans la prise en charge de différents groupes de malades, ou encore l'approche du médecin généraliste dans la phase de pré diabète, ou dans les douleurs lombaires chroniques.

Nous avons aussi essayé de développer une approche syndromique afin d'améliorer le diagnostic en médecine générale. Par exemple, nous avons comparé l'examen clinique et l'interrogatoire chez un patient ayant une bronchite chronique obstructive avec les résultats de l'examen au spiromètre, afin de savoir s'il est possible d'obtenir des informations valables par l'examen et l'interrogatoire. Il y a une thèse en ce moment sur l'apport de l'interrogatoire et de l'examen clinique dans le diagnostic des vaginites surtout à candida.

Nous faisons aussi des études sur la formation médicale, surtout chez les étudiants de 1er et 2eme cycle. Nous essayons de déterminer des méthodes pour évaluer la formation. Par exemple, nous étudions les conséquences d'une formation clinique précoce sur l'acquisition de compétences cliniques. Nous comparons diverses méthodes d'enseignement.

Nous faisons aussi des études sur les connaissances, la prise en charge et les compétences des médecins travaillant dans un niveau de 1^{er} recours et ensuite nous organisons des formations pour tout le monde, ici ou sur le terrain, pour tous ceux qui travaillent dans les services de santé primaires. Par exemple, il y a eu une formation sur l'approche du patient hypertendu, l'approche du patient présentant un mal de gorge, une sur le frottis cervical et les examens de laboratoires en soins primaires, sur l'arrêt du tabac. Nous organisons tout ça en fonction des besoins. Tout le monde y participe, médecins et internes.

Nous participons aussi à la formation continue des médecins généralistes.

Mais nous travaillons aussi sur des projets plus vastes, des projets européens. Il y en a un sur la reproduction et un où nous avons organisé des modules informatiques de formation en 3eme cycle, par exemple sur la lecture d'ECG.

Nous avons également organisé des formations mensuelles ouvertes à tous, le soir mais c'était l'année dernière. Il faut que nous remettions ça en place.

Comment se déroule l'activité de soins ?

Ici nous voyons en moyenne 20 patients par jour. Mais nous n'avons pas de patients qui nous sont affectés comme dans les centres de santé puisqu'en tant qu'Université nous sommes en dehors du système.

Les patients qui viennent ici sont soit des personnes qui viennent par hasard, soit des personnes adressées par les autres polycliniques de l'université parce qu'il y a trop d'attente chez eux par exemple, c'est la secrétaire qui nous les envoie, soit ce sont des patients adressés par des médecins généralistes travaillant dans les centres de santé, lorsqu'ils veulent avoir un avis. En général ceux qui viennent sont satisfaits mais ils retournent souvent dans le centre de santé où ils sont affectés car c'est plus proche.

Mais nous travaillons sur un projet de création de notre propre centre, pour avoir une population qui nous est affecté et que nous suivrons.

Sinon le profil de nos patients est varié. On voit de tout.

Votre département travaille t il avec d'autres organismes, associations,... ?

Nous travaillons en collaboration avec le TAHUD. Tolga était par exemple jusque l'année dernière le président de la branche locale d'Izmir. En ce moment, ce sont le Dr Ediz et le Dr Ozlem, notre ancien interne, qui font parties du comité administratif de l'association.

A l'Hôpital de Tepecik, il y a un médecin généraliste qui est chef de clinique, et qui va devenir maitre de conférences, avec qui nous travaillons aussi.

Il y a l'Association de Médecine Générale Académique qui est une association nationale et qui travaille dans le domaine de la formation et de la recherche en particulier, et qui compte 80 à 90 membres dans tout le pays. J'en suis la présidente. Nous organisons des groupes de travail.

Sinon nous travaillons aussi avec d'autres universités dans le cadre des associations. Nous préparons ensemble les congrès.

Quels sont les projets du département concernant la formation ?

En Avril, nous allons organiser une réunion commune entre TAHUD et AHAD pour déterminer le contenu exact de la nouvelle maquette de médecine générale, et des 18 mois de stage de médecine générale. Nous organisons des groupes de travail avec les académiciens, les chefs des hôpitaux de formation et de recherche, et nous allons débattre de la façon dont nous allons nous organiser.

Nous avons aussi un projet européen concernant la formation en médecine générale sur la méthode de formation sur le terrain à l'amélioration de la santé mais ce sera pour l'année prochaine, pour le moment nous sommes en train de définir ce projet.

Nous prévoyons aussi de faire un travail commun avec le département de médecine générale de la faculté d'Adnan Menderes, et peut être Istanbul ou Tepecik.

Votre département participe t il à la formation des étudiants en médecine ?

Nous dispensons des cours aux étudiants de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} années depuis le début.

Nous participons comme les enseignants des autres disciplines à la formation en générale des étudiants sous forme d'apprentissage par problème.

Et il y a l' « institut des compétences en consultation avec le patient » que nous dirigeons en tant que département de médecine générale, les autres départements y participent aussi mais c'est nous qui sommes les coordonnateurs. C'est en rapport avec le temps consacré à l'entretien lors d'une consultation. Nous dispensons une formation aux étudiants de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} année, en particulier sur l'interrogatoire du patient, l'examen physique et le contact précoce. Nous donnons également des cours. En 4^{ème} année, nous donnons des cours sur la médecine basée sur les preuves. En 6^{ème} année, il n'y a pas de stage de médecine générale, mais nous essayons de le mettre en place. Mais dans d'autres universités, ce stage existe. Il dure en général 15 jours à 1 mois. Ici nous avons un stage optionnel en médecine générale en 4^{ème} année, car c'est petit ici. Mais nous envoyons tous nos étudiants dans les centres de santé, parce que comme nous enseignons les compétences cliniques, pour leur montrer la mise en application. Nous les envoyons dans les centres de santé en 3^{ème} année 6 fois. Chaque étudiant va seul dans ces centres 6 fois dans l'année. C'est une formation individuelle.

Est-ce que les chefs de département des autres facultés sont des médecins généralistes ?

Ils ne sont pas tous médecins généralistes. Certains sont des médecins de santé publique, mais ils ont contribué à la création de leur département et beaucoup ont aidé au développement de la discipline. Mais sinon, la majorité est médecin généraliste.

Dans les hôpitaux de formation et de recherche, il n'y a que 3 lieux en Turquie où la chefferie est assurée par un médecin généraliste. Mais il faut augmenter leur nombre.

Combien y a-t-il de département médecine générale en Turquie ?

Il y a plus de 50 départements de médecine générale en Turquie, il y a sans cesse de nouvelles universités qui sont créées. Mais toutes ne dispensent pas de formation spécifique en médecine générale. Ceux qui forment des médecins généralistes, il y en a environ 25.

Nous allons parler de la formation des internes en médecine générale dans votre faculté :

Y a t il un système de tutorat ?

Nous nous occupons de nos internes à tous les niveaux. Il y a un enseignant pour 1 interne et qui change tous les 6 mois. L'enseignant responsable s'occupe de tous les problèmes de son interne, que ce soit d'ordre théorique ou pratique. Mais le directeur de thèse est différent.

Au cours du stage dans le département, l'interne voit le patient avec n'importe quel enseignant, celui qui suit le patient en question. Mais si par exemple il s'agit de mon patient et que l'interne qui le voit est celui dont je suis le tuteur, à la fin de la journée ou de la semaine, on fait le point sur tout ce qui a été fait. C'est une manière d'évaluer l'interne, au niveau de ses compétences cliniques par exemple. Pour chaque patient vu, l'interne remplit un formulaire.

Qu'en est-il du programme de la formation théorique ?

Les jeudis après midi, il y a un enseignement théorique. Nous déterminons le programme théorique pour 3 ans. Tous les internes suivent le même programme sur les 3 ans. Ils assistent aux mêmes cours quelque soit leur niveau. Comme c'est une formation théorique, ça ne change rien. Ainsi au cours de ses 3 années d'internat, chaque interne aura reçu l'ensemble de la formation théorique de base, puisque ça tourne. Par contre, les thèmes fondamentaux concernant la médecine générale sont enseignés au début de leur formation, durant les 15 premiers jours de la « formation d'adaptation ». On donne des cours aux nouveaux internes. Chaque enseignant fait un cours. Au total, il y a 8 à 9 thèmes abordés. Par exemple, la philosophie de la médecine générale, l'approche clinique en médecine générale, l'entretien avec le patient, l'examen physique en médecine générale, l'interrogatoire.

Actuellement, nous travaillons en collaboration avec deux autres facultés de médecine, la faculté de l'Université Marmara à Istanbul et celle de l'Université Adnan Menderes à Aydin près d'Izmir, au sein du groupe UzMEP constitué des départements de médecine générale de ces facultés. Nous élaborons le « programme de formation de base ». Nous nous sommes réunis pour déterminer ce programme à partir de nos objectifs, nous avons fait une revue de la littérature, mais les objectifs peuvent changer avec le temps, nous nous adaptons. Il y a aussi le programme du TAHUD mais ils l'ont établi après nous. En fait, le programme établi par les associations est récent.

Nous, en tant qu'UzMEP, nous avons d'abord déterminé notre propre programme, ensuite TAHUD s'est inspiré du notre pour établir le sien. Mais le nôtre couvre à peu près entièrement celui du TAHUD. Nous avons respecté le minimum obligatoire, mais nous avons ajouté des thèmes en plus.

Une fois établi, le programme doit être accepté par le décanat.

En Turquie, la formation spécialisée a débuté en 1985, mais seulement sous forme de stages hospitaliers. En 1993, on a dit aux universités « c'est bon, maintenant vous pouvez former aussi des médecins généralistes ». Certaines universités, c'est-à-dire Marmara, Adnan Menderes et nous, avons trouvé ce système insuffisant et nous avons apporté des modifications. Nous avons diminué la durée des stages hospitaliers et nous avons mis en place le stage dans le département. En tout, nous avons 22 mois de stages hospitaliers et 14 mois de stage dans le département. Maintenant, c'est 18/18 depuis le nouveau règlement.

Pour nous, le passage n'a pas été difficile, nous avons pu nous adapter très rapidement au changement. Il n'y a pas eu une grande différence. Simplement tout ce que nous faisons jusque là est devenu officiel.

Le « règlement des spécialités en médecine » a été publié récemment, il est valable pour tout le monde pas seulement pour la médecine générale. C'est le plus officiel.

Ce dernier règlement détermine les durées de la formation pour chaque discipline, les formations complémentaires, définit le statut de l'interne, etc.

Pour les stages, il y a en plus une commission qui a été formée, la « commission des spécialités en médecine », conformément à ce règlement. C'est elle qui prend les décisions. Ils ont décidé l'année dernière en juin et ont publié une directive en annexe avec la maquette de médecine générale constituée de 18 mois de stages hospitaliers et 18 mois de stage de médecine générale, et où sont précisés les stages à effectuer avec leur durée.

Mais en ce qui concerne la formation théorique, c'est nous qui établissons le programme au niveau académique, au niveau des départements de médecine générale, comme je l'avais expliqué avant.

Cette nouvelle maquette est valable pour tout le monde, universités et hôpitaux de formation et de recherche, liés au Ministère de la Santé. En fait, pour nous aussi, avant ce règlement, la maquette était uniquement constituée de stages hospitaliers mais nous l'avons réadaptée pour pouvoir y ajouter un stage dans le département.

Le nouveau règlement est entré en vigueur mais je ne sais pas comment les hôpitaux de formation et de recherche vont s'organiser. Ils ont pour certains des responsables qui sont des médecins généralistes mais il n'y a pas de département de médecine générale, et les chefs médecins généralistes quand il y en a, sont peu nombreux, 1 ou 2.

Qu'en est-il de la formation sur le terrain des internes en médecine générale ?

Dans le nouveau règlement, on nous a donné des droits. Nous sommes en train de nous organiser à ce sujet. Il y a actuellement un emplacement près du centre où travaille le Dr Hatipoglu, nous devrions normalement acquérir ce lieu pour créer notre propre centre. Nous devrions avoir 1000 à 3000 patients. Nous allons alors travailler à la faculté et là bas. C'est là que nous allons voir les patients. Nous sommes en train de travailler sur ce projet.

Quels sont les problèmes rencontrés lors des stages hospitaliers ?

Le problème est que eux veulent enseigner à leur façon, ce qu'ils estiment être important, d'autre part, ils ne veulent pas gêner le service de soins du coup ils envoient les internes là où il y a un besoin. Mais nous nous voulons que nos internes apprennent ce que nous nous estimons être important, tout en dispensant des soins. En fait, nous avons un consensus à ce sujet mais il n'est pas toujours respecté. Parfois ça l'est, parfois pas. Nous intervenons et c'est à nouveau respecté et ainsi de suite.

Par exemple, le stage de dermatologie n'existe pas dans le nouveau curriculum donc nous l'avons mis en place sous forme de stage électif mais tout le monde y va. En fait, ce stage avait été refusé sous forme de stage obligatoire du coup nous l'avons fait passer en stage électif, et là ça ne pose pas de problème. Mais ça ils ne le savent pas. Notre avantage ici est que si le stage électif est refusé, il peut être réalisé dans une autre faculté. C'est pour ça que pour le moment c'est comme ça.

Mais dans le nouveau règlement, ce stage n'existe pas. Et le stage électif a été supprimé mais nous nous l'imposons en tant que département.

Comment se fait l'évaluation des internes ?

Il y a une évaluation permanente dans le cadre du programme : il y a les mémoires, les présentations en nombre bien précis. Ils doivent participer absolument à une activité de recherche pour apprendre. Ils doivent aussi participer à au moins un congrès durant leur formation. Chaque année il y a un examen, tout le monde y participe. Puis il y a la thèse et l'examen final.

Il y a aussi des formations organisées par la faculté ne sont pas obligatoires. Par exemple, il y a une formation sur le développement professionnel.

Il y a les formations spécifiques. Il y a eu par exemple une formation à la lecture de radiographie pulmonaire lors d'un congrès, ils y participent. Il y a les activités de recherche, les posters à réaliser pour les congrès, etc.

Ils notent tout ce qu'ils font au patient comme par exemple, réaliser un ECG, un frottis cervical, regarder un hémogramme, réaliser un examen clinique. Tout ça est comptabilisé.

Qu'en est-il du nouveau règlement ?

Nos stages hospitaliers vont changer mais pas beaucoup. Par exemple, il n'y a plus de stage d'urgences mais nous les y envoyons quand même parce que nous estimons que c'est important. De toute façon, en général, la durée de la formation dépasse 3 ans. Je ne les laisse pas partir tout de suite. C'est plutôt 3 ans et demi voire parfois 4. On dit que la thèse n'est pas finie et on prolonge, parce qu'il y a les vacances, plus les stages que nous organisons en dehors du curriculum et qui sont pris sur notre stage, en plus il y a la préparation de la thèse, du coup il ne reste plus grand-chose pour le stage de médecine générale.

Mais ce n'est pas la même chose dans toutes les universités. En fait, on distingue 2 groupes dans les départements de médecine générale qui dispensent une formation spécifique aux internes. Il y a ceux qui incluent le stage de médecine générale dans les 3 ans de formation, c'est notre cas, et il y a ceux qui ajoutent 1 an de stage de médecine générale en plus du cursus normal de 3 ans, ce qui fait un total de 4 ans de formation pour ces facultés, puisque le stage de médecine générale n'était pas officiel. C'était l'organisation lorsque l'ancien règlement était en vigueur. Maintenant c'est différent, le stage de médecine générale est devenu officiellement obligatoire.

Nous sommes obligés de respecter la répartition 18 mois de stages hospitaliers et 18 mois de stage de médecine générale, mais il est possible de faire des stages électifs dans les 18 mois de stages consacrés à la médecine générale.

Quelles sont les méthodes d'enseignement ?

Les séminaires, par exemple, la formation aux statistiques, la formation à la prise en charge de l'HTA où on apprend à mesurer la pression artérielle, à poser un diagnostic d'HTA, à mettre en place un traitement en niveau de premier recours, quelle attitude avoir face au patient, à déterminer la prise en charge. Ces formations durent 2 jours. Il y a des cours, des groupes de travail, des mises en application. Les cours sont présentés soit par 1 personne ou par 2 personnes, là c'est plus interactifs. La formation individuelle, on apprend auprès du patient. Nous avons une check-list à partir de laquelle nous évaluons l'étudiant, ces listes se trouvent dans leurs dossiers. Ensuite, nous faisons un compte

rendu à l'interne sur son attitude, sa relation avec le patient, ses compétences, etc. Soit il observe, soit il participe et on fait le point. Les jeudis, nous avons 1 heure de cours où un enseignant invité vient nous présenter un sujet. Nous avons 1 heure où soit c'est l'un de nous qui présente un sujet soit un interne. Nous débattons également au sujet des projets de thèse. Il y a aussi les cours dispensés sur les lieux de stage.

Les internes participent aussi aux activités de formation des étudiants de médecine afin qu'ils acquièrent des notions de formateurs, pour les encourager à l'enseignement.

Nous avons une formation sur la consultation avec le patient. Nous l'organisons au moins une fois durant les 3 années.

Sinon il y a une formation sur l'utilisation rationnelle des médicaments que la faculté organise, que nous n'organisons donc pas. C'est une formation sur les indications, les effets indésirables, les résistances, les contre indications des médicaments. Le but est d'utiliser le bon médicament, au bon dosage, selon l'indication, de réfléchir aux effets, c'est-à-dire d'utiliser le médicament le plus adapté pour telle ou telle situation.

Les autres formations sont la formation à la médecine basée sur les preuves, la formation sur les fondements de la médecine, la formation sur l'approche d'un patient hypertendu, la formation à l'arrêt du tabac, la formation sur les pathologies rhumatologiques, etc.

Y a-t-il une formation à la gestion ?

Malheureusement ça ne se fait pas encore parce que le cadre légal n'est encore pas clair mais c'est un projet, c'est important. Mais en fait, nous voulons le faire lors de la formation sur le terrain. Nous voulons que nos internes l'apprennent par eux même, en observant.

La semaine dernière nous avons organisé une présentation où un de nos confrère nous a présenté toutes les réglementations.

Comment voyez-vous l'intérêt des internes vis à vis de la médecine générale ?

Il n'y avait pas un grand intérêt jusque là, mais la médecine générale est devenu plus prestigieuse car les salaires ont beaucoup augmenté.

Il n'y a pas une grande différence entre le salaire d'un praticien et celui d'un médecin généraliste spécialiste. Mais lors des affectations, les médecins généralistes choisissent en premier, parce que maintenant tout le monde est passé au système de médecine générale. Mais le service obligatoire continue. La différence est que maintenant, il est possible de passer l'examen national de spécialité directement sans avoir accompli le service obligatoire.

Quels sont les problèmes des internes en médecine générale ?

C'est différent à l'échelle locale et générale.

Dans les hôpitaux de formation et de recherche, il n'y pas de chef médecin généraliste. L'interne de médecine générale est considéré comme un pion qu'ils placent là où ils le veulent. En plus il n'y a pas d'enseignant de médecine générale donc pas de formation spécifique. Comme ils ne travaillent qu'à l'hôpital, ils ne se voient que travailler là, mais quand ils se retrouvent dans un niveau de 1er recours, ils sont perdus. Mais depuis l'instauration du système de médecine générale, et avec les différentes actions de TAHUD et nous-mêmes, ils commencent à comprendre ce qu'est la médecine générale.

La bas, ils ne font que des stages hospitaliers, et il n'y a pas de responsable médecin généraliste, c'est pourquoi, nous essayons de faire nos activités du jeudi après midi en commun avec eux, parfois ils acceptent parfois pas. C'est toujours nous qui devons fournir des efforts. Il n'y a pas d'organisation. Lorsqu'en raison de notre travail, nous diminuons nos efforts, il y a de la distance qui se met en place. C'est nous qui devons les relancer à chaque fois.

Le plus important est la formation sur le terrain, le lieu d'enseignement de la pratique de la médecine générale. Des terrains d'enseignement pratique doivent être attribués aux universités. Tout est bien, le nouveau règlement est bien, maintenant ils doivent nous fournir un lieu pour la formation pratique mais ils ne veulent pas. C'est le plus important, lorsque nous aurons résolu ce problème, nous auront tout réglé. Le reste, c'est du détail.

Qu'en est-il de la période de formation de transition à Izmir ?

La 1^{ère} étape a été réalisée par le Ministère de la santé il y a 4 ans. A ce jour, toute la Turquie est passée au système de médecine de famille.

A Izmir, nous avons établi un programme en collaboration avec le Ministère de la santé. Nous avons rédigé un livre. Puis le Ministère de la santé a débuté les formations. Pour chaque formation, il devait y avoir un enseignant du département. Normalement, il était prévu à terme que le nombre de praticiens diminue et que seuls les médecins généralistes spécialistes soient autorisés à travailler à partir d'une date déterminée. Mais cette période de formation de transition s'est un peu transformée en une formation parallèle.

La 2^{ème} étape n'a jamais commencé. Quand nous leur demandons, ils nous répondent qu'ils ont commencé mais ce n'est pas le cas. Ils ont préparé 3-4 modules et ils devaient poursuivre la formation via internet mais ça ne s'est pas encore fait.

C'est pour cette raison que nous nous sommes retirés de la 1^{ère} étape, mais ce n'est pas le cas d'autres facultés.

La 1^{ère} étape s'est faite sous forme de cours. En fait, au début nous avons organisé les choses différemment, mais comme ça n'a pas été respecté, nous nous sommes retirés.

La formation est sortie du cadre de la médecine générale et s'est transformée en une information sur le nouveau cadre légal de la médecine générale. Il n'y a pas eu non plus de réel formateur. Ce que nous avons proposé c'était qu'initialement 8 à 9 formations soient dispensées par nous-mêmes. Ces formations devaient permettre de former d'autres formateurs, et ainsi leur nombre devait augmenter. Mais ça ne s'est pas passé comme cela. En fait une personne qui n'avait aucune connaissance concernant le domaine de la médecine générale est venue participer à une de nos formations puis le Ministère de la santé a donné son accord pour que cette personne soit formatrice. »

✓ *Entretien avec le Docteur Tolga GUNVAR*

Le Docteur Tolga GUNVAR est enseignant dans le département de médecine générale. Il a été effectué ses études médicales à la Faculté Hacettepe à Ankara, et a été diplômé en 1998. Il a fait sa spécialisation en médecine générale à l'Hôpital de Formation et de Recherche Atatürk à Izmir et a obtenu son doctorat en 2005. Il a mené des projets de recherche dans le domaine de la formation médicale, surtout chez les étudiants en médecine durant les 6 premières années, essentiellement en

ce qui concerne la formation clinique. Il a également été président de l'antenne d'Izmir de l'Association des Spécialistes en Médecine Générale de Turquie ou TAHUD. Nous l'avons rencontré pour parler de la formation en médecine générale à Izmir et du rôle de TAHUD dans la formation.

« Notre travail de thèse concerne la formation des internes en médecine générale en Turquie. Nous avons décidé de prendre comme exemple Izmir. Nous allons aborder avec vous le rôle de TAHUD dans la formation des internes en médecine générale, la formation universitaire, les problèmes de la formation des internes en médecine générale à Izmir et la formation des internes dans votre département.

Vous présidiez l'antenne d'Izmir de TAHUD. Quels ont été les travaux de TAHUD concernant la formation ?

Oui, j'étais président jusque l'année dernière. A Izmir, nous avons participé à un projet européen. Nous avons préparé un module concernant la formation des internes sur l'apprentissage au contact du patient. L'une de nos particularités en tant que médecin généraliste est que nous apprenons par notre expérience. Dans ce module, nous expliquons comment faire un entretien avec le patient, ce que l'on en retire, et nous avons ainsi défini des objectifs d'apprentissage à atteindre. Cette formation a surtout été réalisée par le Pr Okay Basak, qui est le président national de TAHUD et le chef du département de médecine générale d'Aydin. Ensuite nous avons mis en application ce module ici. Nous avons aussi préparé un module d'apprentissage de la lecture d'une radiographie pulmonaire, nous avons traduit un autre module en turc. Mais tout ceci n'était que la participation de TAHUD Izmir. Mais TAHUD participe activement au développement de la formation des médecins généralistes. C'est d'ailleurs son principal objectif. Il y a le TAHYK qui est le comité qui évalue les compétences. Ce comité définit le contenu de la formation en médecine générale. Par exemple, la formation telle qu'elle est définie dans le nouveau règlement est proche de celle proposée par TAHYK. Le TAHYK est composé de l'ensemble des académiciens. Ici, c'est le Dr Nilgun OZCAKAR qui est membre du TAHYK. En fait ce comité contrôle les compétences de ceux qui travaillent sur le terrain. C'est dans cet objectif qu'il a été créé. Actuellement il n'y a pas de réel contrôle en Turquie.

Mais pour pouvoir attendre quelque chose il faut d'abord donner. C'est pourquoi lors de la formation des internes en médecine générale, nous définissons les savoirs que nous devons transmettre. Sinon, le TAHUD s'occupe aussi des droits des internes, des stages hospitaliers, il se préoccupe de leurs problèmes, essaie de faire en sorte qu'ils puissent recevoir la meilleure formation possible. Parce que la formation des internes n'était pas sous notre contrôle jusque maintenant, elle était même dirigée par tout le monde sauf nous puisqu'elle était uniquement composée de stages hospitaliers donc c'était les pédiatres, les internistes, et les autres qui décidaient. Ce n'est que depuis 1 an que ça a changé.

Il y a des groupes de travail concernant la formation au niveau national pas au niveau local. Nous travaillons tous dans ces groupes. A Izmir nous essayons de réunir nos internes et nous écoutons leurs problèmes.

Par exemple, en tant que branche d'Izmir, depuis la mise en place du nouveau règlement, en juillet dernier, moi et le Professeur Guldal, avons organisé des réunions dans chacun des lieux de formation des internes en médecine générale à Izmir, afin de les avertir du nouveau règlement, sur ce que nous pouvions faire et comment nous pouvions le faire, afin de prendre les décisions ensemble. A Izmir, les

internes en médecine générale sont formés au niveau de 4 établissements : 3 hôpitaux de recherche et de formation : Atatürk, Tepecik et Bozyaka, et ici à la faculté. Ces 4 établissements doivent s'associer à long terme, surtout si le nombre d'interne augmente. Par exemple nous, nous pouvons assurer 18 mois dans notre département. De toute façon dans notre maquette il y a déjà 14 mois que les internes passent dans le département. Ils n'ont donc pas vécu un grand changement ici. Par contre dans ces hôpitaux où il n'y avait que des stages hospitaliers, il ne savent pas ce qu'ils vont faire. C'est pour ça que nous sommes allés les voir.

A Tepecik il y a en ce moment une polyclinique où les médecins généralistes vont, mais le problème est qu'il n'y a pas de formateurs. Le problème, c'est où vont-ils être formés ? A Tepecik, il y a un chef qui est médecin généraliste, c'est un de nos amis, il va être maître de conférences, il est actuellement assistant. Mais il faut que les formateurs travaillent dans ce contexte, dans un niveau de 1^{er} recours c'est-à-dire dans un centre de santé, qui en est la traduction.

Nous non plus nous n'avons pas un centre à nous mais nous y travaillons. Nous le réclamons depuis longtemps, mais il y avait toujours un obstacle. En ce moment, il y a un groupe qui se bat pour nous à la direction provinciale de la santé. Si nous arrivons à créer un centre, ce serait parfait. Aussi pour les autres établissements. Nous essayons de travailler en commun mais pour le moment nous ne nous enthousiasmons pas trop. Mais nous travaillons beaucoup dans ce sens. La direction de la santé veut mettre en place ce système aussi pour les autres établissements. Chacun aurait son centre, et tout le monde pourrait y venir, on pourrait leur envoyer des patients et leurs patients pourraient venir nous voir. Ce pourrait être un association de centres. Nous faisons des efforts dans ce sens. Mais nous voulons que ce projet se réalise rapidement et que des standards s'établissent parce que l'objectif de la formation en médecine générale, est de transmettre les connaissances et compétences nécessaires de façon planifiée, organisée, et de façon intensive en respectant un consensus. Sinon un médecin non spécialisé qui travaille dans un niveau de 1^{er} recours pendant 20 ans acquière des connaissances. Mais la différence avec la formation spécifique en médecine générale est qu'elle permet de former des médecins spécialisés en médecine générale, et en un temps plus court, de façon standardisé, et contrôlé. La formation spécifique est un chemin plus court pour être qualifié. C'est pour cette raison qu'en même temps qu'ils travailleront dans un niveau de 1^{er} recours, ils doivent le faire avec des formateurs. C'est pour cela qu'il est important que nous y soyons aussi. Pour donner un exemple, en chirurgie, si tu envoies l'interne opérer seul et tu lui dis vas y apprend ! Ce n'est pas la même chose s'il est avec un formateur !

Quels sont les problèmes rencontrés dans la formation à Izmir ?

Le problème est surtout la mise en application de tout ça. Le vrai chemin est devant nous ! Nous avons besoin de formateurs spécifiques dans ces niveaux de 1^{er} recours. Il va falloir que nous aussi nous y travaillions. Surtout si le nombre d'interne augmente.

Ensuite l'un de nos gros problèmes est qu'il y a un groupe de personnes qui ne savent pas exactement ce qu'est la médecine générale. Ce sont certains académiciens, certains spécialistes et bien sûr des internes. Ceci est dû au fait qu'il n'y avait pas de modèle de médecine générale dans notre enfance. Quand on parle de médecin généraliste, on demande ce qu'on fait exactement! Les

enfants actuels qui deviendront médecin généraliste sauront parce qu'ils auront grandi avec ce modèle.

Il y a encore du chemin, ce sera pour la prochaine génération mais nous ne pouvons pas attendre. Je pense que c'est l'une des raisons pour laquelle nous avons tant de mal à organiser correctement la formation. On ne sait pas exactement ce qu'un médecin généraliste doit faire. Nous n'avons pas de réel consensus. Par exemple, les médecins qui se spécialisent en médecine générale veulent travailler dans les hôpitaux.

Les médecins généralistes sont envoyés en général dans les hôpitaux périphériques, souvent dans les districts, et dans les Centres de planning maternel et infantile. Ici, l'Etat voit le médecin généraliste comme un joker parce que nous avons des connaissances dans tous les domaines. Par exemple, dans les hôpitaux périphériques où il ne peut envoyer de pédiatre, d'interniste ou de gynécologue, il envoie un médecin généraliste. Il considère qu'il a des compétences dans tous les domaines puisqu'il le forme dans ce sens. Et ils y arrivent très bien puisqu'ils passent au total 3 ans dans les hôpitaux.

Notre 1^{er} problème est qu'en théorie nous avons réglé beaucoup de problèmes mais pas encore en pratique.

Notre 2^{ème} problème, nous ne savons pas encore comment va évoluer le nombre des médecins généralistes spécialistes. On ne peut pas dire que le nombre de poste d'interne en médecine générale augmente beaucoup. Là aussi, c'est surtout un problème d'ordre politique. Il y a quelques années, le Ministère de la santé a augmenté le nombre de poste d'interne de médecine générale car les besoins augmentaient en raison de la mise en place du système de médecin de famille. 900 postes ont été ouverts. Le Ministère des finances s'est énervé, puisque c'est lui qui finance ces postes. Chez nous c'est celui qui détient l'argent qui décide ! Comme partout d'ailleurs. En Turquie, c'est le SGK qui dirige le domaine d'offre de soins, en disant « moi je paye ça, ça non, ça j'accepte, ça non ». Ici c'est le Ministère des finances qui décide. Pour le moment il n'y pas de réponse claire à ce sujet précisant le nombre d'interne dont on a besoin, pas de projet précis.

Même si sur papier on a l'impression que tout est réglé, en réalité il y a plein de pièges. Par exemple, notre plus grande crainte est qu'on accorde une certification aux médecins travaillant sur le terrain en disant « voilà vous faites 18 mois de stages hospitaliers et les 18 mois qui doivent être effectués sur le terrain sont réalisés en même temps que vous travaillez » sans qu'il soit supervisé par un formateur « et vous êtes spécialistes ». Comme ça l'offre de soins n'est pas gêné par la formation des médecins. Il y a pleins de pièges comme ceci. Tout ceci est politique.

Qu'en est-il de la formation universitaire ?

La formation des médecins généralistes spécialisés dans les universités est quelque chose de nouveau. Le plus ancien exemple est celui de l'université Cukurova à Adana, c'est le Professeur Nafiz qui y a mis en place la médecine générale .Sinon c'est très nouveau.

Par exemple, à la faculté de Sivas, pendant 3 ans, les internes effectuent des stages hospitaliers. Ils ne voient quasiment pas leur internes pendant 3 ans. Ils ont prolongé d'un an leur formation pour pouvoir mettre en place le stage dans leur département.

Ici nous avons beaucoup de chance. D'ailleurs nous n'en revenons toujours pas d'avoir réussi à faire passer notre plan de formation jusque là dans notre université. Nous faisons très attention. Chaque

stage hospitalier était un stress, et pour chacun des internes. A chaque fois nous nous demandions si le chef du département concerné allait accepter de signer la fiche de validation de stage. Parce que nous étions obligés de faire signer cette fiche selon la réglementation en vigueur et de la transmettre au Ministère de la santé. Par exemple, pour la gynécologie obstétrique, les internes devaient y passer 8 mois mais en réalité ils y allaient 4 mois. C'était un accord tacite entre les chefs des départements pour permettre de réaliser le stage dans notre département durant les 3 ans de formation. Mais officiellement ils devaient respecter les durées légales. C'était une source de stress à chaque fois. Mais maintenant ce problème est réglé, nous sommes soulagés !

Pour l'ensemble des universités, tout le monde a fait ce qu'il a pu. Par exemple, à Sivas, les internes effectuent des stages hospitaliers pendant 3 ans et ensuite 1 an dans le département.

Ici c'était 14 mois parce que c'était équilibré comme ça. C'est le rectorat qui doit accepter le programme, à partir de là il n'y a pas de soucis. Les décisions se prennent au sein de l'université.

Y a-t-il une différence actuellement entre praticiens et médecins généralistes spécialistes ?

Les médecins généralistes spécialistes ont le droit de prescrire certains médicaments que les praticiens ne peuvent pas, c'est une décision du SGK de ne rembourser ces médicaments que s'ils sont prescrits par un spécialiste. Mais ils ne sont pas très nombreux. Les spécialistes peuvent réaliser certains certificats. Sinon il n'y a pas de différence au niveau du travail. Et la différence de salaire n'est pas très importante.

Il n'y a pas de réel élément motivateur pour choisir la spécialisation en médecine générale. Il faudrait que les médecins généralistes puissent choisir en priorité lors des affectations.

Personne ne peut aller directement dans les centres de santé puisque les médecins qui y travaillent signent un contrat avec l'Etat. Ils n'y ont pas un statut de fonctionnaire comme c'était le cas avant le Programme de Transformation de la Santé, dans les maisons de santé. Les médecins généralistes à la fin de leur formation sont en général envoyés dans les hôpitaux publics périphériques, des districts. C'est par la suite qu'ils vont dans les centres de santé s'ils font la demande. Ils sont alors affectés là où il manque du personnel médical.

En ce qui concerne la formation dans le département, comment se déroule-t-elle ? Que pensez-vous de l'enseignement dans le département ?

La relation médecin-malade a une place très importante en médecine générale. Ici, nous commençons par une formation d'adaptation de 15 jours dans notre département concernant les bases de la médecine générale, la médecine générale dans le monde, l'approche clinique en médecine générale, l'examen clinique et l'interrogatoire en médecine générale.

Mais ensuite ils vont faire leur stages hospitaliers donc tout ceci reste en suspend.

En Turquie comme ailleurs, l'enseignement médical apprend à poser des diagnostics. Mais l'approche en médecine générale est plus large. Notre souci principal n'est pas seulement de poser un diagnostic, mais de pouvoir comprendre le patient que nous avons en face. L'enseignement médical définit l'être humain comme une machine et nous forme en conséquence. Mais l'organisme a un fonctionnement plus complexe qu'une machine. Aucune machine n'a la capacité de grandir, d'apprendre, de se développer, ou de guérir lorsqu'elle est endommagée. Les relations d'une machine sont linéaire, c'est-à-dire que si ceci est endommagé il arrive cela et ainsi de suite. Mais les relations

dans un organisme sont plus complexes. Elles ne sont pas linéaires. C'est là que tout se complique. C'est là qu'est peut-être la plus grande différence entre l'approche en médecine générale et en médecine classique. Habituellement on cherche toujours une relation de cause à effet afin de pouvoir poser un diagnostic pourtant lorsque nous n'y arrivons pas ou que ces relations sont trop complexes, il y a quand même un groupe de malades qu'on peut aider voire traiter. Tout cela nous essayons de le transmettre dès le début de la formation de nos internes. Mais ce n'est pas facile puisque nous avons été habitués à réfléchir selon une logique mécanique. Lorsqu'ils sont ici avec nous, et que nous voyons les patients ensemble, nous essayons de leur montrer comment tout ceci se traduit en clinique. Ou alors on essaie de voir l'autre approche mécanique, voir les conséquences que ça peut avoir du point de vue du patient, on essaie de faire en sorte qu'ils apprennent par l'expérience. Par exemple, lorsqu'un patient arrive aux urgences, tout le monde vient le voir et dit « ce n'est pas pour moi » mais le patient a quand même quelque chose ! En dehors de la médecine générale, la première question que se pose un médecin est « est ce que ce patient est à moi ou pas ? » c'est pour ça qu'il faut un généraliste qui prenne en charge le patient dans sa globalité. En médecine générale nous n'avons pas le droit de dire que le problème du patient ne nous concerne pas. On a une prise en charge biopsychosociale. Même si le temps est restreint il y a des questions bien précises à poser. C'est ce message que nous tentons de faire passer. C'est pour cette raison que nous avons besoin d'avoir notre propre centre, pour enseigner ce point de vue.

Lors des consultations ici, nous observons l'interne et ensuite nous leur disons ce qui va et ce qui ne va pas. Ou alors, ils voient le patient seul et nous nous leur posons des questions.

Dans le département, nous débattons également beaucoup, tous ensemble. Par exemple, est ce que cet examen est nécessaire ? Pourquoi ? Est ce que ça va modifier la prise en charge ? On discute de ce qu'ils doivent penser et de la façon dont ils doivent réfléchir. En médecine générale, il y a toujours un complexe d'infériorité sur nos moyens. On dit toujours que c'est parce que nous n'avons pas suffisamment de moyen que nous ne pouvons pas poser de diagnostic. Mais nous avons l'avantage de pouvoir nous laisser du temps. Ce qui est important c'est surtout l'approche clinique. On doit éliminer une urgence en premier lieu, après on se laisse du temps. On leur apprend à réfléchir de manière cohérente. On avait fait un travail de groupe une fois sur la prise en charge d'une douleur lombaire. On avait demandé s'il fallait prescrire une IRM. L'approche est différente selon que la prise en charge est faite en niveau de 1^{er} recours ou en niveau de 3^{ème} recours. Pour les débats de groupe, on essaie d'organiser ça les jeudis après midi. En général, il y a une personne qui vient de l'extérieur ou alors c'est l'un d'entre nous qui présente quelque chose ou l'un de nos internes.

Le mardi nous avons des analyses d'articles scientifiques. Nous essayons surtout d'évaluer la méthode plus que le contenu des articles. Nous essayons toujours de créer un lien avec la réalité : pourquoi je choisis cet article ? Quelle est mon expérience qui m'a fait choisir cet article ? Qu'est ce que j'en pense ? Est-ce que les résultats sont exploitables ? Puis-je les appliquer ? C'est ça que nous préférons. Nous essayons de voir les choses de façon critique. Le temps nous montrera si notre méthode est efficace ou pas.

Parfois nous regardons des films les jeudis ici. Nous essayons d'en visionner un à chaque période. Par exemple, le dernier film était « Zeitgeist », ça n'a aucun rapport avec la médecine. Ça concerne

les puissances qui dirigent le monde et où ça nous mène. C'est un documentaire. Mais le but est de réfléchir. Ici il y a le département d'éthique. Il y a des films qu'ils montrent à leurs étudiants, comme par exemple, « le patient ».

L'un de nos objectifs est aussi de faire lire au moins un livre par an aux internes et de débattre ensemble à son sujet. Ça peut concerner les relations inter humaines, ou la santé. La médecine générale doit être ouverte d'un point de vue socioculturel, parce que nous sommes en perpétuelle relation. Nous ne sommes pas comme les chirurgiens. Quand on dit « il faut arrêter le tabac » la personne en face doit te croire. L'un de notre travail de base est de pouvoir changer le comportement, d'inciter les gens à se comporter davantage conformément à une bonne hygiène de vie. C'est la plus difficile des tâches. Et c'est le rôle du médecin généraliste. Il ne suffit pas de prescrire des médicaments. Si tu as un patient qui est asthmatique ou qui a une bronchite chronique et que tu as réussi à lui faire arrêter le tabac, tu as gagné toute sa confiance. Il viendra te voir après pour tout, c'est à toi qu'il se référera. Lorsque tu as compris ça, que tu aies un droit de prescription ou pas, ça ne t'affectera pas.

Qu'en est-il de l'activité de soins du département ?

Ici le département a été créé en 2001. Mais l'hôpital nous a considéré comme des médecins ayant un droit de prescription qu'en 2005. Avant nous n'intervenions qu'au niveau de la formation du tronc commun. Nous n'avons emménagé dans nos locaux actuels qu'en 2007 et c'est à ce moment que nous avons ouvert notre polyclinique.

La formation des internes a débuté en 2003. Notre 1^{er} interne était un chypriote, Deniz. Il a fait la promotion de notre discipline dans tout l'hôpital. Il s'est beaucoup impliqué. Pour pouvoir examiner des patients nous allions au centre médicosocial de l'université qui s'occupait du personnel de l'université et des étudiants.

Apprendre en travaillant dans un contexte de 1^{er} recours a toujours été notre objectif, voir des patients, voir l'application en niveau de 1^{er} recours. Notre prochain et principal objectif est le projet sur lequel nous travaillons actuellement.

Mais lorsque nous avons ouvert notre polyclinique ici c'était une très grande victoire.

Quel est le matériel utilisé dans votre polyclinique ?

Ici nous avons un appareil pour réaliser des ECG, un microscope, un appareil pour réaliser les échographies. En fait les compétences que doivent acquérir les médecins généralistes dépendent de leur lieu de travail. Ici nous avons un appareil d'échographie par exemple. Mais nous ne donnons pas de réelle qualification en ultrason graphie. Par exemple, au Canada, on apprend à réaliser des appendicectomies parce qu'ils peuvent se retrouver très isolés. Pourquoi pas si on est formé ! Nous ici nous voulons qu'ils voient et apprennent un maximum. Pour l'échographie, ils n'ont pas la capacité de poser un diagnostic, ce n'est pas le but. Mais s'ils peuvent par exemple détecter très tôt une anomalie, ils peuvent apporter beaucoup. Par exemple, en cas d'urgence ou dans le cadre du suivi d'une grossesse, d'un nodule thyroïdien, à condition que le patient effectue son suivi habituel auprès d'un radiologue.

Pour les examens de laboratoires, dans les centres de santé c'est différent, ils effectuent leur prélèvement et les envoient dans les laboratoires.

Mais un médecin généraliste doit pouvoir réaliser un examen direct au microscope, d'un prélèvement sanguin ou d'un prélèvement vaginal.

Comment évaluer vous vos internes ?

Chaque année, chaque interne a deux types de tuteur. Un tuteur pour sa formation qui change tous les 6 mois. Nous le devenons chacun à notre tour, nous rédigeons un rapport semestriel. Et il y a un responsable pour la thèse.

L'évaluation au cours de l'année se fait par un système de notation par crédit. Tout ce qui est fait est comptabilisé. Mais de toute façon ce qui doit être réalisé l'est. Mais c'est obligatoire, pour qu'il y ait un minimum d'organisation.

ANNEXE 2: Principaux formulaires à remplir par l'interne et l'enseignant visant l'évaluation et l'apprentissage

✓ Formulaire de retour d'information de la consultation

- 1- Etablit un non contact avec le patient
- 2- Définition des motifs de consultation du patient
- 3- Prend en compte les autres problèmes
- 4- Mets en place une stratégie adaptée avec le patient pour résoudre chacun des problèmes
- 5- Bonne compréhension des problèmes exposés par le patient et mise en place d'une compréhension commune avec le patient
- 6- Encourage le patient à participer à la gestion de sa thérapeutique et à prendre ses responsabilités
- 7- Utilise de façon efficace le temps et les ressources
- 8- Etablit une bonne relation avec son patient afin de pouvoir poursuivre ses investigations et fait en sorte qu'elle perdure
- 9- Permet au patient d'exposer son histoire
- 10- Récolte toutes les informations importantes de chaque élément de l'histoire
- 11- Enchaîne de façon logique les différentes étapes de l'entretien
- 12- Réalise l'examen clinique dans un ordre adapté, en tenant compte du confort du patient, et utilise la bonne technique
- 13- Fait un choix adapté entre les différentes étapes de l'examen clinique en fonction de la situation
- 14- Détermine des hypothèses à partir des informations sur la situation du patient et ses connaissances médicales
- 15- Teste ses hypothèses lors de la consultation
- 16- Connait et utilise les référentiels diagnostiques et thérapeutiques
- 17- Fait en sorte que le patient adhère à la suite de la prise en charge après la consultation
- 18- Définit les ressources qui vont lui permettre de résoudre les problèmes du patient lorsque c'est nécessaire
- 19- Prends en compte la pudeur du patient et le respecte, demande son accord pour les situations qui le nécessite
- 20- Choisit les méthodes diagnostiques et thérapeutiques dans le seul intérêt du patient
- 21- S'approprie le patient et se sent responsables
- 22- Emet une réflexion
- 23- Se montre rationnel et volontaire en ce qui concerne l'établissement d'un sujet d'apprentissage
- 24- Enregistre les données de la consultation de façon adaptée et utilise pour cela le système d'information du patient (programme informatique)

✓ **Formulaire d'information de la consultation**

Date :

Numéro du dossier :

Connaissances et expériences originales que j'ai acquises lors de cette consultation :

Des objectifs d'apprentissage établis à la suite de la consultation :

- ont été définis
- n'ont pas été définis

✓ **Formulaire du plan d'apprentissage individuel**

Date :

- Domaine où j'ai ressenti un besoin d'apprentissage?
- Comment est né ce besoin d'apprentissage ?
- But de mon apprentissage ?
- Quels sont les objectifs spécifiques que je veux atteindre ?
- Comment vais-je atteindre ces objectifs ? Les stratégies d'apprentissage et les ressources bibliographiques
- Comment vais-je prouver que j'ai bien appliqué ce plan? Que j'ai bien atteint mes objectifs ?
- Comment vais-je évaluer mon plan de développement ? Comment vais-je prouver les bénéfices de mes apprentissages pour ma pratique ?
- Quand aurai-je atteint mes objectifs d'apprentissage ?

✓ **Formulaire d'évaluation du dossier de développement personnel**

- Quels sont les activités qui t'ont aidé à déterminer tes besoins d'apprentissage ?
- Quel est l'objectif que tu as atteint le plus facilement, pourquoi ?
- Lequel a été le plus difficile à atteindre, pourquoi ?
- Quels étaient les objectifs les plus importants à atteindre, pourquoi ?
- Quels étaient ceux qui étaient les moins importants et pourquoi ?
- Comment as-tu pu appliquer ce que tu as appris ?
- Quels sont les bénéfices de tes apprentissages pour le patient selon toi ?
- Y a-t-il d'autres besoins d'apprentissages pour lesquels tu veux établir un plan d'apprentissage ?
- Que penses-tu de l'aide que tu as reçue lors de l'établissement de ton plan d'apprentissage ? Quelles ton tes suggestions ?

ANNEXE 3: Programme du séminaire de formation à la recherche :

I- Les particularités fondamentales en recherche

➤ Cours 1:

- Qu'est ce qu'une recherche ?
- Pourquoi faisons-nous des recherches ?
- L'importance de la recherche
- L'importance de la recherche en niveau de premier recours
- La recherche basée sur la pratique ?
- Relations entre médecine de famille et la recherche basée sur la pratique, et la différence avec les autres recherches ?

II- La méthodologie de la recherche

➤ Cours 2 : Introduction à la recherche

- Que signifie planifier une recherche ? Comment doit-elle se faire ?
- Comment déterminer un sujet de recherche ?
- La formulation de la question de recherche

➤ Cours 3 : Les méthodes de recherche

- Descriptives (La prévalence, l'incidence)
- Analytiques (risque relatif, odds ratio)
- Intervention
- Les recherches méthodologiques (validité)

➤ Les erreurs en recherche

- Biais
- Comment supprimer les biais ?

➤ La population et l'échantillon

- Qu'est ce que la population d'étude ? comment établit-on l'échantillon ?
- Taille de l'échantillon et complexité des analyses des grands échantillons

➤ Les données et le recueil de données

- Le recueil de données
- Que sont des données ?
- Les types de données
- Les sources de données et les méthodes de recueil de données

➤ **L'analyse des données**

- La préparation de l'analyse des données (manuelle, les formules de codification des données, l'outil informatique)
- La présentation des données descriptives (Comment réaliser des tableaux et des graphiques ? A quoi faut-il faire attention ?)

➤ **L'éthique**

- L'éthique en recherche

III-Les méthodes statistiques de base

➤ **Introduction aux statistiques**

- Les données statistiques descriptives (médiane, moyenne,...)
- La répartition normale (test de Kolmogorov-Smirnov)
- Qu'est ce qu'une hypothèse ?

➤ **L'analyse statistique des variables continues**

- 2 groupes
- Plus de 2 groupes

➤ **L'analyse des variables catégoriques**

➤ **Travail à effectuer : présentation de projets de recherche et débat**

ANNEXE 4 : Le programme de la formation théorique à Nancy et à Izmir :

THEMES DE L'ENSEIGNEMENT THEORIQUE A NANCY	THEME DE L'ENSEIGNEMENT THEORIQUE A LA FACULTE D'IZMIR
Module 1 : Suivi des patients atteints de pathologies chroniques	D-12 : Prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques et du diabète
Module 2 : Pathologies broncho-pulmonaires obstructives chroniques	D-10 : Approche des patients présentant une dyspnée et/ou une toux et Prise de Décision Clinique
Module 3 : Pathologie veineuse	D-8 : Approche des pathologies vasculaires périphériques
Module 4 : Addiction aux stupéfiants	D-69 : Approche de la toxicomanie
Module 5 : Migraines et autres céphalées	D-84 : Approche du patient présentant une céphalée
Module 6 : Education pour la santé	H-1 : Education du patient et amélioration de la santé et conseil ² - Programme de Suivi du Patient en Bonne Santé (SEREP) ³ H-2 : Principes d'éducation pour la santé communautaire ² H-3 : Les principes de l'éducation de l'adulte ²
Module 7 : Pathologies de la thyroïde	D-58 : Approche des pathologies thyroïdiennes et Prise de Décision Clinique
Module 8 : Environnement et santé	A-2 : Les aspects physiques, comportementaux, épidémiologiques, sociaux et cliniques de la profession médicale A-5 : Les facteurs environnementaux, sociaux et culturels agissant sur la santé et la maladie. D-54 : Asepsie et antiseptie E-3 : Impact de la santé de l'environnement sur la santé de l'individu et la limite entre médecine de famille et santé de l'environnement
Module 9 : Nutrition et conseils diététiques	D-13 : Lutte contre l'obésité et prise en charge thérapeutique
Module 10 : Prise en charge du grand enfant et du jeune adolescent (8-15 ans)	D-39 : Approche des problèmes gynécologiques de l'enfant et de l'adolescent D-46 : Suivi de la croissance et du développement, et Prise de Décision Clinique D-48 : Approche de l'adolescent, les problèmes de santé courants D-64 : Les paramètres du suivi du développement psychologique de l'enfant et symptômes d'appel D-66 : Approche de l'enfant hyperactif et présentant des troubles de l'attention, et Prise de Décision Clinique ¹
Module 11 : Certificats et documents administratifs	G-6 : Etablir un rapport de médecine légale

Module 12 : Prescriptions médicamenteuses	Séminaire « Utilisation Intelligente des Médicaments » organisé par la faculté pour tous les internes D-68 : Les médicaments en psychiatrie et les particularités fondamentales de leur utilisation
Module 13 : Vieillesse artérielle et pathologies des organes cibles	Séminaire sur l'HTA
Module 14 : Troubles du sommeil de l'adulte	D-61 : Approche des troubles de l'anxiété et Prise de Décision Clinique
Module 15 : Surveillance-thérapeutique en cancérologie	
S-1 : Urgences	D-22 : Approche urgente dans les convulsions et Prise de Décision Clinique ¹ D-52 : Réanimation cardio-pulmonaire D-53 : Prise en charge d'un patient en état de choc D-85 : Situations nécessitant une défibrillation et une cardioversion D-86 : Approche urgente des intoxications D-87 : Approche urgente dans les hémorragies
S-2 : Prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire	D-5 : Prise en charge du risque dans les pathologies coronaires.
S-3 : Suivi du jeune enfant	D-15 : Prise en charge d'un enfant présentant une éruption et Prise de Décision Clinique ¹ D-45 : Suivi du nourrisson et de l'enfant en bonne santé (vaccinations, développement de la santé, nutrition, suivi du développement et de la croissance) D-46 : Suivi du développement de l'enfant et prise en charge des anomalies, et Prise de Décision Clinique ¹ D-49 : Prise en charge de symptômes fréquents en niveau de premier recours tel qu'une fièvre, une dyspnée, une éruption, une douleur abdominale, et une lymphadénopathie
S-4 : Pathologie articulaire et abarticulaire des membres	D-23 : Prise en charge des patients présentant des douleurs et œdèmes articulaires ⁴ D-29 : Ostéomyélite et arthrite septique ⁴ D-30 : les infections de la colonne vertébrale/ la brucellose ⁴ D-31 : Diagnostic précoce des tumeurs malignes osseuses et musculaires ⁴ D-32 : Place de l'exercice physique et types dans les pathologies du système osseux et musculaire. ⁴
S-5 : Fin de vie	D-70 : Prise en charge du patient en phase terminale ou en fin de vie

S-6 : Prise en charge du diabète et des dyslipidémies	D-12 : Prise en charge des pathologies chroniques et du diabète D-5 : Gestion du risque au niveau des pathologies coronariennes
S-7 : Le médecin généraliste dans le système de santé	Séminaire Utilisation Intelligente des Médicaments E-1 : Philosophie de la Santé Communautaires : Son développement et ses principes, la notion de soins de santé primaires. E-2 : Les politiques de santé : l'organisation des services de santé, leur gestion et leur financement
S-8 : Stratégies en ure-néphrologie	D-11 : Prise en charge de l'insuffisance rénale aiguë et Prise de Décision Clinique ¹
S-9 : Anxiété, Dépression, Psychoses	D-61 : Prise en charge des troubles de l'anxiété et Prise de Décision Clinique ¹ D-63 : Différences entre les pathologies psychotiques et névrotiques, le suivi en niveau de premier recours des troubles psychotiques D-65 : L'interrogatoire et l'examen clinique en psychiatrie D-67 : Prise en charge des troubles somatoformes et Prise de Décision Clinique ¹ D-68 : Les médicaments en psychiatrie et les particularités fondamentales de leur utilisation
S-10 : Pathologies du rachis	D-25 : Prise en charge des troubles de la marche et des déformations (pied plat, pieds en varus équin, séquelles de poliomyélite, torticolis) ⁴ D-26 : Prise en charge de la dysplasie congénitale de hanche ⁴ D-27 : Prise en charge du patient présentant une douleur cervicale, dorsale et lombaire ⁴ , et Prise de Décision Clinique ¹
S-11 : Plaies et cicatrisation	D-55 : Soins et principes de guérison des plaies, escarres, et plaies chroniques : prévention et prise en charge thérapeutique
S-12 : Médecine générale et éthique	G-1 : Les problèmes éthiques en niveau de premier recours et leur prise en charge (le secret professionnel, la violence au sein de la famille, sévices aux enfants, dans le couple, aux personnes âgées, etc.)
S-13 : Communication et relation médecin-patient	B : Les processus de la communication et de l'entretien avec le patient G-2 : La relation médecin-patient G-3 : Les thèmes en rapport avec la vie et la mort

S-14 : Thèse et recherche, bibliographie et sources d'informations	F-2 : Planifier et mener une recherche ⁵
S-15 : Formation médicale continue, évaluation des pratiques	
S-16 : Alcool et tabac	Séminaire sur l'arrêt du tabagisme Cours sur l'éthylisme et le tabagisme
S-17 : Dermatologie et proctologie	D-71 : Approche globale des maladies de la peau : interrogatoire, examen clinique particularités des tests diagnostiques D-72 : Prise en charge des pathologies eczématiformes : la dermatite de contact, la dermatite atopique, la neurodermatite D-73 : Prise en charge des pathologies du follicule et des glandes sudoripares (acné vulgaire, acné rosacée, dermatite séborrhéique, dishydrose et hyperhydrose, folliculite) D-74 : Les principes de base du traitement local et systémique en pathologie dermatologique, et les particularités à prendre en compte en médecine de famille. D-75 : Prise en charge des mycoses et Prise de Décision Clinique ¹ D-76 : Prise en charge des maladies virales et bactériennes de la peau (staphylocoque, streptocoque, herpès, etc.) D-77 : Diagnostic et traitement de l'urticaire D-78 : Les maladies parasitaires de la peau (gale, etc.) D-80 : Diagnostic et traitement des situations d'hypersensibilité de la peau D-83 : Diagnostic différentiel dans les tumeurs de la peau D-82 : Diagnostic précoce et traitement du psoriasis
S-18 : Gérontologie 1	D-51 : Soins des personnes âgées
S-19 : Gérontologie 2	
S-20 : Exercice professionnelle	En 2010, il y a eu un cours sur le cadre légal en médecine générale
S-21 : Grossesse et contraception	D-41 : Gestion de la patiente avant et pendant la grossesse, et en postpartum
S-22 : Plaintes et suivi gynécologiques	D-24 : Ostéoporose D-35 : Les infections gynéco-urinaires D-36 : Prise en charge d'une douleur pelvienne et Prise de Décision Clinique ¹ D-37 : Prise en charge d'une masse pelvienne et Prise de Décision Clinique ¹ D-38 : Les troubles du cycle menstruel et Prise de Décision Clinique ¹ D-40 : Prise en charge de la ménopause D-57 : Prise en charge des tumeurs du sein
S-23 : Patient migrant et/ou en situation de précarité	

S-24 : Pathologies infectieuses en soins primaires	D-2 : les principes fondamentaux de l'utilisation des antibiotiques D-9 : Prise en charge d'un patient présentant une infection tuberculeuse
S-25 : Prescription des actes paramédicaux	
S-26 : Pathologies fonctionnelles : asthénie, fibromyalgie, troubles digestifs	D-20 : Conduite à tenir face à un patient venant pour plaintes peptiques et Prise de Décision Clinique D-28 : Le syndrome fibromyalgique: diagnostic et traitement ⁴ D-62 : Prise en charge d'une asthénie et Prise de Décision Clinique
S-27 : HTA et insuffisance cardiaque	D-4 : Prise en charge de l'HTA ⁶ D-6 : Diagnostic et traitement de l'insuffisance cardiaque ⁶ D-7 : Conduite à tenir face des bruits cardiaques pathologiques et des troubles du rythme et Prise de Décision Clinique
S-28 : Médecine du sport	D-34 : La santé du sportif
	A-1 : Perception de l'individu du point de vue physique, psychologique et sociale A-4 : Les effets de la maladie sur les patients et leurs familles, et les dynamiques de la famille A-6 : Importance et moyens de connaître, définir et résoudre l'ensemble des problèmes de santé des individus dont on est responsable A-7 : La place de l'interrogatoire et l'examen clinique dans l'évaluation des signes cliniques et symptômes, et la résolution du problème médical A-8 : L'approche clinique en médecine de famille A-9 : Les différences et la limite entre niveaux de 1 ^{er} et de 2 ^{ème} recours dans l'établissement du diagnostic et la prise en charge clinique
	C : Les bases de la médecine de famille : définition, philosophie, principes, rôle professionnel, évolution au cours de l'histoire, avenir.
	D-1 : La prévention et l'amélioration de la santé D-3 : Soins du patient à domicile et rééducation (postopératoire, paralysie, post infarctus) D-14 : Diagnostic différentiel dans les anomalies de la biologie hématologique, diagnostic et traitement des anémies D-16 : Prise d'un patient présentant une lymphadénopathie et Prise de Décision Clinique

	<p>D-17 : Les symptômes non spécifiques de l'enfant et Prise de Décision Clinique¹</p> <p>D-18 : Utilisation Intelligente des Médicaments chez l'enfant (séminaire)</p> <p>D-19 : Prise en charge d'un patient présentant une dyspnée ou un ictère</p> <p>D-21 : Prise en charge d'un patient fébrile</p> <p>D-42 : Planning familial et infertilité⁶</p> <p>D-43 : Conseil génétique en niveau de 1^{er} recours</p> <p>D-44 : Les fonctions sexuelles et leurs troubles</p> <p>D-47 : Evaluation d'un nouveau-né et gestion du risque</p> <p>D-52 : Transport d'un nourrisson malade, prise en charge de l'enfant et sa famille</p> <p>D-56 : Préparation avant une intervention chirurgicale et prise en charge en postopératoire</p> <p>D-59 : Prise en charge du patient présentant une douleur abdominale, et diagnostic différentiel d'une péritonite aigue</p> <p>D-60 : La santé psychologique et les événements de la vie</p> <p>D-81 : Prise en charge des pathologies capillaires, diagnostic et traitement (alopécie, hypertrichose, hirsutisme)</p> <p>D-88 : Prise en charge du patient présentant une douleur</p> <p>D-89 : Prise en charge du patient poly traumatique</p> <p>D-90 : Prise en charge d'un patient présentant une fracture</p> <p>D-91 : Prise en charge d'un patient présentant un œil rouge</p>
	E-4 : Limite entre la médecine du travail et la médecine de famille
	<p>F-1 : Notion fondamentale, principe et méthodes en épidémiologie⁵</p> <p>F-3 : Rédiger un rapport ou un article scientifique⁵</p> <p>F-4 : Préparation d'un poster ou d'un communiqué⁵</p> <p>F-5 : La médecine basée sur les preuves⁵</p> <p>F-6 : Conception de guides de diagnostic et thérapeutique en niveau de 1^{er} recours⁵</p>
	<p>G-4 : Les responsabilités juridiques du médecin⁷</p> <p>G-5 : Les erreurs d'application médicale⁷</p>
	H-4 : Les principes et les méthodes de l'enseignement clinique en médecine de famille ⁸

1 Prise de Décision Clinique : Prise en charge reposant sur les données cliniques et respectant un algorithme établi selon les preuves scientifique, conformément au concept de la médecine basée sur les preuves.

2 Séminaire éducation du patient

3 SEREP : Programme de suivi du patient en bonne santé établi selon le concept de la médecine basée les preuves. C'est un programme qui fait partie de l'enseignement de base des départements de médecine générale.

4 Séminaire des pathologies rhumatologiques

5 Séminaire de formation à la recherche

6 Formation au conseil en planning familial

7 Séminaire de formation en médecine légale

8 Formation d'EURACT des enseignants-maîtres de stage

Le programme de la partie turque correspond au programme de base, auquel s'ajoutent des thèmes par les internes et les enseignants selon les besoins. Seul le programme de base a été noté dans le tableau. Les thèmes correspondant à ceux de Nancy ont été notés dans le même niveau, puis nous avons regroupé à la fin du tableau tous les thèmes qui n'étaient abordés uniquement à Izmir afin de mettre en évidence les thèmes communs et les spécificités de chaque faculté. Dans le tableau ci-dessus, les lettres en majuscule correspondent au thème principal détaillé plus bas, et le chiffre à l'ordre d'apparition dans le programme.

Il s'articule autour de 8 thèmes principaux :

A- Thèmes généraux

B- Communication

C- Les bases de la médecine de famille

D- La pratique de la médecine générale

E- L'application de la médecine de famille en santé publique

F- Les travaux de recherche et académiques

G- Ethique et cadre légal

H- L'éducation en niveau de premier recours.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURES

Figure 1 : Cartographie des provinces de la Turquie (Source internet : www.e-sehir.com)

Figure 2 : Place de la démarche clinique et du procédé technique selon les niveaux de recours (81).

Figure 3 : Carré de WHITE (87)

TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des praticiens et spécialistes en médecine générale entre les divers secteurs de services de santé

Tableau 2 : Comparaison entre la maquette de stages déterminée selon le Règlement de 1983 et celle du département de médecine générale d'Izmir

Tableau 3 : Nouvelle maquette officielle faisant suite au règlement de 2009 et nouvelle maquette modifiée du département de médecine générale d'Izmir

Tableau 4 : Valeur en crédits pour chaque activité de la formation théorique

Tableau 5 : Valeur des autres activités de recherche

Tableau 6 : Etat actuel de la maquette de stage à Izmir et à Nancy, maquette nationale officielle selon le nouveau règlement

GRAPHIQUES

Graphique 1 : Nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants en Turquie et dans l'Union Européenne (36).

Graphique 2 : Evolution du nombre de postes réservés aux facultés de médecine (correspondant au numerus clausus en France) de 1999 à 2009 (36)

Graphique 3 : Evolution du nombre de facultés de médecine selon les années en Turquie.

Graphique 4 : Nombre de facultés de médecine selon le type d'enseignement pour les années 2006, 2008 et 2010, en Turquie

Graphique 5 : Répartition des facultés selon la méthode d'enseignement en Turquie

Graphique 6 : Nombre d'étudiants ayant validé leur cursus médical de base entre 2001 et 2008 (36)

Graphique 7 : Evolution du nombre de postes d'internes affectés à la médecine générale par rapport au nombre total pour les internes de spécialités pour les années 2002 à 2010 (51) (36)

GLOSSAIRE

AHAD (OU TAHAD): Aile Hekimligi Akademisi Derneği (Türkiye AHAD), Association l'Académie de Médecine Générale de Turquie.

AHBS: Aile Hekimligi Bilgi Sistemi, Système d'Information de Médecine Générale

ARS: Agence Régionale de Santé

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CIU: Conseil Inter Universitaire

CNRS: Centre National de la Recherche Scientifique

DES: Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC: Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DMG: Département de Médecine Générale

ECG: Electrocardiogramme

ECN: Examen Classant National

EGPRN: European General Practice Research Network

EQUIP: European Association for Quality In General Practice

EURACT: European academy of Teachers in General Practice

EURIPA: European Rural and Isolated Practitioners Association

EUROPREV: European Network for Prevention and Health Promotion

FAYR-GP: French Association for Young Researchers in General Practice

FUMG: Filière Universitaire de Médecine Générale

HDT: Hospitalisation à la demande d'un tiers

HPV: Human Papilloma Virus

HTA: Hypertension Artérielle

INSEE: Institut national de la statistique et des études économiques

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

IRDES: Institut de recherche et de documentation en économie de la santé **ISNAR-IMG:** Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale.

IVG: Interruption Volontaire de Grossesse

OCDE: Organisation de coopération et de développement économique

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ORL: Oto-rhino-laryngologie

OSYM: Ogrenci seçme ve yerlestirme merkezi, Centre de sélection et de répartition des étudiants

QCM: Question à choix multiples

QROC: Question à réponse ouverte et courte

RP: radiographie pulmonaire

SASPAS: Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

TAHUD: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlik Dernegi, Association de spécialité en médecine générale de Turquie

TAHYK: Türkiye Aile Hekimleri Yeterlilik Kurulu, Comité d'évaluation des médecins généralistes de Turquie

TCS: Test de concordance de script

TUS: Tipta Uzmanlik Sinavi, Examen de Spécialité en Médecine

UEMO: Union Européenne des Médecins Omnipraticiens

UzMep: Uzmanlik Egitim Programi, Programme de l'enseignement de spécialité. Groupe UzMep: Groupe qui s'occupe de ce programme.

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

YOK: Yuksek Ogretim Kurulu, Conseil de l'Enseignement Supérieur

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS (Organisation Mondiale de la Santé)

Les soins de santé primaire. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires à Alma Ata (URSS), Septembre 1978. Genève, 1978, 88p.

2. MACINKO J, STARFIELD B, SHI L.

The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998.
Health Services Research. 2003; 38, 3, pp 831-865.

3. WONCA Europe (World Organization of Family Doctors)

La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille, 2002

[Document en ligne]

<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

(Consulté le 20/12/2011)

4. CONSEIL C.E

Directive 93/16/CEE, du 5 Avril 1993, visant à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, certificats et autres titres, J.O des C.E n° L 165 du 7 Juillet 1993, p. 1

[Document en ligne]

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1993L0016:20070101:FR:PDF>

(Consulté le 6/03/2011)

5. CONSEIL C.E

Directive 2005/36/CE, du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, JO L 255 du 30.9.2005, p. 22

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/consleg/2005/L/02005L0036-20070101-fr.pdf>

(Consulté le 6/03/2011)

6. SNEMG (Syndicat national des Enseignants en Médecine Générale)

Dates clés de la filière universitaire de médecine générale.

[Document en ligne]

http://www.snemg.fr/IMG/pdf/Dates_clef_de_la_FUMG.pdf

(Consulté le 5/03/2011)

7. UNGAN M., CEYHUN A.G.

Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği

Aile Hekimligi Dergisi, 2007, 1, 1.

La médecine de famille en tant que discipline médicale [Document en ligne]

Journal de médecine de famille, 2007, 1, 1

<http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=52>

8. TURKISH STATISTICAL INSTITUTE

Turkey's Statistical Yearbook 2009, Ankara

[Document en ligne]

<http://www.tuik.gov.tr/yillik/yillik.pdf>

(Consulté le 4/01/2011)

9. INSEE

Age moyen et âge médian de la population

[Document en ligne]

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATnon02147

(Consulté le 4/01/2011)

10. Ministry of Health, Refik Saydam Hygiene Center Presidency School of Public Health

Health Statistics Yearbook 2008, Ankara

[Document en ligne]

<http://www.ailehekimligi.gov.tr/images/stories/Kitaplar/eklenen/yeni1/2008yl.pdf>

(Consulté le 4/01/2011)

11. OMS

Systèmes de santé, [document en ligne]

http://www.who.int/topics/health_systems/fr/

(Consulté le 5/01/2011)

12. OMS

Soins de santé primaires, [document en ligne]

http://www.who.int/topics/primary_health_care/fr/

(Consulté le 5/01/2011)

13. OMS

Les soins de santé primaires- Maintenant plus que jamais, Rapport sur la santé dans le monde, 2008, 149 pages. [Document en ligne]

<http://www.who.int/whr/2008/fr/index.html>

(Consulté le 6/01/2011)

14. BOURGUEIL Y, MAREK A, MOUSQUES J.

Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle Zélande.

Questions d'économie de la Santé n°141- Avril 2009, IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) [Document en ligne]

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf>

(Consulté le 5/01/2011)

15. SERDAR SAVAS B, KARAHAN Ö, ÖMER SAKA R.

Health Care Systems in Transition Turkey 2002

European Observatory on Health Care Systems [Document en ligne]

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/96415/e79838.pdf

(Consulté le 5/01/2011)

16. AKDAG R. Ministry of Health.

Progress Report, Health Transformation Program in Turkey, January 2009.

Ministry of Health [Document en ligne]

<http://www.saglik.gov.tr/EN/dosya/2-1186/h/htp2009jan.pdf>

17. OECD, WHO

OECD Saglik Sistemi Incelemeleri, Türkiye, 2008

Analyses de l'OCDE du système de santé, Turquie, 2008 [Document en ligne]

http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200902201441250.OECD_Kitap.pdf

(Consulté le 11/01/2011)

18. World Health Organization (WHO)

Country Cooperation Strategy at a glance, Turkey [Document en ligne]

http://www.who.int/countryfocus/resources/ccsbrief_turkey_2007_en.pdf

(Consulté le 10/01/2011)

19. T.C. SAGLIK BAKANLIGI

Saglikta Donusum, Aralik 2003.

MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE TURQUE

Transformation de la Santé, Décembre 2003 [Document en ligne]

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>

(Consulté le 10/01/2011)

20. T.C. SAGLIK BAKANLIGI

Aile hekimligi uygulama yonetmeliği sayı 2759

R.G. 25 Mayıs 2010

MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE TURQUE

Décret d'application de la médecine de famille, n° 2759, paru au JO le 25 Mai 2010

[Document en ligne]

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeliği.html>

(Consulté le 10/01/2011)

21. T.C. SAGLIK BAKANLIGI

Aile Hekimligi illeri guncel durum

MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE TURQUE

Situation actuelle des villes passées à la médecine de famille [Document en ligne]

<http://www.ailehekimligi.gov.tr/images/stories/Resimler/Duyurular/guncel.jpg>

(Consulté le 20/01/2011)

22. AKDENİZ M. UNGAN M. YAMAN H.

The Development of Family Medicine as a Discipline in Turkey.

GeroFarm, 2010, pp 29-40

23. T.C. SAGLIK BAKANLIGI

Dunyada Aile Hekimligi

MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE TURQUE

La médecine générale dans le monde [Document en ligne]

http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=55&Itemid=214

(Consulté le 10/01/2011)

24. WONCA Global Family Doctor

www.globalfamilydoctor.com

25. POUCHAIN D.ATTALI C. BUTTLER J.de, et coll. CNGE.

Médecine générale : concepts et pratiques Paris : Masson 1996

26. *The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice*, Leeuwenhorst, Netherlands, 1974

27. CONSEIL C.E Directive 75/362/CEE, du 16 juin 1975, visant à *la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecin et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et la libre prestation des services*, J.O. des C.E n°L167du 30 juin 1975 p.1.

28. WONCA Europe

www.woncaeurope.org

29. GOKSIN CIHAN F.

“Vasco da Gama Hareketi, editore mektup

(« Mouvement Vasco de Gama » lettre à l'éditeur)

WONCA Europe Working Group for Young and Future General Practitioners

Turkish Journal of General Practice 2006, 10, 4, pp183-184

30. The Vasco da Gama Movement

<http://www.vdgm.eu/>

31. UEMO

http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/uemo_en.pdf

32. TAHUD

<http://www.tahud.org.tr/>

33. UNLUOGLU I.

Development of family medicine in Turkey.

Turkish Journal of General Practice and Primary Care, 2008, 2, pp 9-10

34. TAHAD

<http://tahad.org/>

35. T.C. SAGLIK BAKANLIGI

Aile hekimligi Türkiye modeli Ankara 2004

MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE TURQUE

Le modèle de médecine de famille de la Turquie Ankara 2004 [Document en ligne]

<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/ailehekimligi.pdf>

[Consulté le 5/03/2011]

36. T.C. SAGLIK BAKANLIGI

Turkiyede Saglik egitimi ve saglik insagucu durum raporu-Haziran 2010, Ankara

MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE TURQUE

Rapport de l'état des ressources humaines de la santé et de l'éducation de la santé-Juin 2010, Ankara [Document en ligne]

<http://www.saglik.gov.tr/SEGM/belge/1-10884/turkiyede-saglik-egitimi-ve-saglik-insan-gucu-durum-rap-.html>

(Consulté le 5/03/2011)

37. T.C. SAGLIK BAKANLIGI

Aile Hekimligi pilot uygulaması hakkında kanun sayı 5258, 24 Kasım 2004.

MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE TURQUE

Loi sur l'application de la médecine de famille n° 5258 voté le 24 Novembre 2004

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7284/5258-sayili-aile-hekimligi-pilot-uygulaması-hakkında-ka-.html>

38. T.C. SAGLIK BAKANLIGI

Aile Hekimligi Bilgi Sistemi (AHBS)

e-Saglik bilgi ve iletisim portalı [Document en ligne]

MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE TURQUE

Le système d'information en médecine de famille

Portail internet d'information et de communication en santé

<http://www.e-saglik.gov.tr/aile-hekimligi-bilgi-sistemi-ahbs-id23-18.html>

(Consulté le 1/03/2011)

39. AMBASSADE DE FRANCE A ANKARA

Le système d'enseignement supérieur en Turquie. [Document en ligne]

www.ambafrance-tr.org

(Consulté le 20/02/2011)

40. TC YUKSEK OGRETİM KURULU ÖĞRENCİ SEÇME VE YERLEŞTİRME MERKEZİ

2009 Yılı Faaliyet Raporu

CENTRE DE SELECTION ET DE REPARTITION DU CONSEIL DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR DE LA REPUBLIQUE TURQUE

Rapport des activités de l'année 2009 [Document en ligne]

<http://osym.gov.tr/dosya/1-53103/h/2009osymfaaliyetraporu.pdf>

(Consulté le 2/03/2011)

41. KIPER N, ODABASI O, SAYEK I.

Türkiye Tıp Fakülteleri Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu-2010

1. Baskı. Ankara : Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2010, 97 p.

Rapport de la formation médicale pré graduée des facultés de médecine de Turquie-2010

1^{ère} édition. Ankara : Editions Union des Médecins Turcs, 2010, 97 p.

42. YUKSEK OGRETİM KURULU

Doktorluk, Hemsirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Kosullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik. Resmi Gazete 2 Subat 2008

CONSEIL DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Règlement des conditions minimales des programmes d'enseignement en médecine, école d'infirmière, école de sage-femme, en odontologie, pour les études de pharmacie et architecte. JO le 2 février 2008 [Document en ligne]

www.yok.gov.tr

(Consulté le 9/03/2011)

43. Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

(Faculté de médecine de l'Université Yeditepe)

www.yedipe.edu.tr

44. YUKSEK OGRETİM KURULU

Yüksek Öğretim Kanunu n° 2547. R.G. 6 Kasım 1981

CONSEIL DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Loi l'Enseignement Supérieur n° 2547. J.O. le 6 Novembre 1981. [Document en ligne]

<http://www.yok.gov.tr/content/view/435>

(Consulté le 14/03/2011)

45. DEMIREL-YILMAZ E.

Education Systems and Teaching Methods in Medical Education and Responsibility of Medical Schools.

Medical Journal of Trakya University. 2006, 23, 1, pp 1-3

46. DISGİL G, DİKİCİ M, YARIS F, BASAK O.

Opinions of medical students about standardized patient use in clinical communication skills assessment.

Turkish Journal of Family Medicine, 2009, 13, 1, pp 23-26.

47. DOKUZ EYLÜL TIP FAKÜLTESİ

Mesleki beceriler laboratuvarı

FACULTE DE MEDECINE DU 9 SEPTEMBRE

Laboratoire des compétences professionnelles [Document en ligne]

www.tip.deu.edu.tr

(Consulté le 14/03/2011)

48. AYTEKIN N.T.

Topluma yönelik-topluma dayali tip egitimi

Uludag Universitesi Tip Fakultesi Dergisi 2002, 28, 2, pp 53-56

L'enseignement médical dirigé vers la communauté-basé sur la communauté

Journal de la Faculté de Médecine de l'Université Uludag 2002, 28, 2, pp 53-56

49. TIP SAGLIK EGITIM BILIMLERI KONSEYI

Tip fakulteleri Ulusal çekirdek egitim program (UCEP)

Cukurova Universitesi, 2002

CONSEIL DE L'ENSEIGNEMENT DES SCIENCES MEDICALES

Programme national de la formation minimale [Document en ligne]

Université Cukurova, 2002.

<http://www.aku.edu.tr/AKU/DosyaYonetimi/TIP/pdf/ucep.pdf>

(Consulté le 10/03/2011)

50. CUKUROVA UNIVERSITESI TIP FAKULTESI

Cukurova Universitesi Tip Fakultesi strateji Programi 2008-2011 Durum Analizi

FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE CUKUROVA

Programme stratégique de la Faculté de Médecine de l'Université Cukurova 2008-2011,

Analyse d'état [Document en ligne]

<http://cukurovatip.cu.edu.tr/?page=28#>

(Consulté le 20/03/2011)

51. ÖGRENCI SECME VE YERLESTIRME MERKEZI

2010 Tipta uzmanlik egitimi giris sinavi(TUS) sonbahar donemi, Ankara

CENTRE DE SELECTION ET DE REPARTITION DES ETUDIANTS

Guide de l'automne 2010 de l'examen d'entrée en enseignement de spécialité en médecine, Ankara [Document en ligne]

ftp://dokuman.osym.gov.tr/2010/2010TUSSEKIM/2010_TUS_IIkbahar_KLVZ.pdf

(Consulté le 10/03/2011)

52. OZYURT A.

Dunu, bugunu ve yariniyla tipta uzmanlik tuzugu

TTB-UDKK (TurkTabipler Birligi-Uzmanlik Dernekleri Koordinasyon Kurulu) Bulten 2006, 1, pp 10-12.

Le règlement des spécialités en médecine hier, aujourd'hui et demain

Comité de coordination des associations de spécialités-Union des médecins turcs (TTB-UDKK). Bulletin 2006, 1, pp 10-12.

http://www.ttb.org.tr/udek/bulten/udek_bulten1.pdf

53. T.C SAGLIK BAKANLIGI

Tipta ve Dis Hekimliginde Uzmanlik Egitimi Yonetmelgi, n° 27292

R.G 18 Temmuz 2009

MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE TURQUE

Règlement de l'enseignement en spécialité de médecine et d'odontologie n° 27292

J.O. le 18 Juillet 2009

<http://www.tuk.saglik.gov.tr/ttt/tuzuklerindex.html>

54. BASAK O.

Aile Hekimligi Uzmanlik Egitimi Nasil Olmali?

Comment doit être la formation en spécialité de médecine générale ?

TAHUD, Juin 2010

<http://www.tahud.org.tr/guncel/kose-yazilari/aile-hekimligi-uzmanlik-egitimi-nasil-olmali/63>

55. TIPTA UZMANLIK KURULU

Tipta uzmanlik kurulu karar tutanagi

COMITE DES SPECIALITES EN MEDECINE

Arrêté concernant la maquette de stage des spécialités en médecine et leur durée

http://www.tuk.saglik.gov.tr/pdfdosyalar/kararlar/karar_82.pdf

56. UNLUOGLU I, UNALACAK M.

Turkiye'de aile hekimligi disiplininin hizli gelisen yonu : Akademik yapilanmanin 15. yilinda kadronun gelisimi ve yasanan bazi sorunlar

Turkiye Aile Hekimligi Dergisi, 2008, 12, 3, 163-165

Un aspect de la médecine de famille en Turquie qui se développe rapidement : Développement du statut à la 15^{ème} année de l'organisation académique et les problèmes rencontrés.

Turkish Journal of Family Practice, 2008, 12, 3, 163-165

57. UNLUOGLU I.

Ilk akademisyenin gozuyle akademik hayat

9. Ulusal Aile hekimligi Kongresi Antalya 2010, kongre kitabi, pp 27-29

La vie académique vue par le 1^{er} académicien

9ème Congrès National de Médecine de Famille, Antalya 2010, Livre du congrès, pp 27-29

58. UZUNER et al.

Residents views about family medicine specialty education in Turkey

BMC Medical Education 2010, 10:29

59. "Family practice development strategies"

First meeting on an Expert Network Ljubljana, Slovenia 26-28 Janvier 1995

60. T.C SAGLIK BAKANLIGI

Aile Hekimligi pilot uygulama hakkinda yonetmelik, n° 25 867

R.G. 6 Temmuz 2005

MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE TURQUE

Règlement sur l'application pilote de la médecine générale n°25 867, paru au JO le 6 Juillet 2005

<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-38786/h/yonetmelikyeni.pdf>

61. AHAD (Akademisyen Aile Hekimligi Dernegi)

II. Aile hekimligi akademisi toplantisi sonuç bildirgesi 11-12 ocak 2008 Akyaka-MUGLA

Compte-rendu de la 2^{ème} réunion de l'Association Académique en Médecine de Famille,

11-12 Janvier 2008, Akyaka-MUGLA

www.tahad.org

62. *Doktorlara mecburi hizmet yasalasti*

Medimagazin, Juin 2005

L'entrée en vigueur du service obligatoire,

Medimagazin, Juin 2005. [Document en ligne]

<http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/kategorisiz/tr-doktora-mecburi-hizmet-yasalasti-1-666-1268.html> (Consulté le 15/03/2011)

63. T.C. SAGLIK BAKANLIGI

Saglik Hizmetleri Temel Kanunu, Saglik Personelinin Tazminat ve Calisma Esaslarina Dair Tazminat, Devlet Memurlari Kanunu ve Tababet ve Suabati San'atlarinin Tarzi Icrasina Dair Kanun ile Saglik Bakanliginin Teskilat ve Gorevleri Hakkinda Kanun Hukmunde Kararname Degisiklik Yapilmasina Dair Kanun, No 5371,

Resmi Gazete 21 Haziran 2005.

MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE TURQUE

Loi n°5371 modifiant le décret d'application de la loi fondamentale sur les services de santé, l'indemnisation du personnel de santé et de leurs conditions de travail, de la loi des employés de l'Etat, de la loi sur le mode d'exercice des métiers de la médecine et de ses branches, et de la loi sur l'organisation et les fonctions du Ministère de la Santé.

JO le 21 juin 2005.

64. FRANCE.

Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, NOR: MENS0402086A. Version consolidée du 29 Aout 2010.

http://www.medecine.uhp-nancy.fr/pages/3e_cycle/pdf/arrete-22-09-2004-modifie.pdf

(Consulté le 18/03/2011)

65. CAGLAYANER H, SAATCI E.

Bir meslegin gelismisi: Genel tababet - uzmanlik - aile hekimligi

Le développement d'une profession : La médecine générale-la spécialité-la médecine de famille

Turkish Journal of Family Medicine 2008, 12, 2, 95-103

66. FRANCE.

Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du 3ème cycle des études médicales. NOR: MENS0302822D. Version consolidée au 1 avril 2010.

http://www.snemg.fr/IMG/pdf/Decret_no2004-67_du_16_janvier_2004_version_consolidee_au_20100401.pdf

(Consulté le 18/03/2011)

67. FRANCE.

Loi n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale, NOR: ESRX0711109L.

JO n° 0034 du 9 février 2008.

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B91E7B4D2F21C79BAB74C1A8D8499EE6.tpdjo04v_1?cidTexte=JORFTEXT000018088910&categorieLien=id

(Consulté le 18/03/2011)

68. FRANCE.

Décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale, NOR: ESRX0814933D.

JO n°176 du 30 juillet 2008

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019267080&fastPos=1&fastReqId=2077587954&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

(Consulté le 18/03/2011)

69. FRANCE.

Arrêté du 17 novembre 2008 fixant la composition, les attributions et les règles de fonctionnement de la Commission nationale d'intégration des enseignants associés de médecine générale dans les corps d'enseignants titulaires de médecine générale, NOR: ESRH0824970A.

JO n°272 du 22 novembre 2008. [Document en ligne]

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=B91E7B4D2F21C79BAB74C1A8D8499EE6.tpdjo04v_1?cidTexte=JORFTEXT000019778825&idArticle=LEGIARTI000019779572&dateTexte=20081122&categorieLien=cid#LEGIARTI000019779572

(Consulté le 20/03/2011)

70. SYNDICAT NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE GENERALE (SNGE)

Nominations d'enseignants de médecine générale : il faut agir d'urgence

Communiqué de presse du 17 mai 2010 [Document en ligne]

http://www.snemg.fr/IMG/pdf/Communique_de_Presse_SNEMG_du_17_mai_2010_Nominations_d_enseignants_de_MG.pdf

(Consulté le 20/03/2011)

71. YUKSEK OGRETIM KURULU

Ogretim uyeligine yuksetilme ve atanma yonetmeligi.

Resmi Gazete: 28.1.1982. Sayı: 17588

CONSEIL DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Règlement de l'accession et l'affectation à l'enseignement universitaire. JO n°17588 du 28 janvier 1982

http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=402:ret-elyseltme-ve-atanma-yetmel&catid=2:yelik&Itemid=33

72. YUKSEK OGRETIM KURULU

Doçentlik sinav yonetmeligi.

Resmi Gazete 31/01/2009, sayı 27127

CONSEIL DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Règlement concernant l'examen des Maitres de Conférences.

JO n° 27127 du 31 Janvier 2009.

http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=211:dontl-sinav-yetmel&catid=2:yelik&Itemid=33

73. FRANCE.

Arrêté du 29 janvier 2004 relatif à l'organisation des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle spécialisé des études médicales, NOR: SANH0420335A. JO n°30 du 5 Février 2004. [Document en ligne]

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781548&dateTexte=&categorieLien=cid>

(Consulté le 17/03/2011)

74. FRANCE.

Arrêté du 24 février 2005 relatif à l'organisation des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales. NOR: SANH0520681A. JO n° du 51 du 2 mars 2005. [Document en ligne]

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000603867&fastPos=1&fastReqlid=384550041&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

(Consulté le 17/03/2011)

75. FRANCE.

Arrêté no du 6 décembre 2007 fixant la pondération de l'épreuve de lecture critique d'articles lors des épreuves classantes nationales du troisième cycle des études médicales. NOR: ESRS0772655A. JO n°0295 du 20 décembre 2007. [Document en ligne]

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000017720833&dateTexte=&categorieLien=cid>

(Consulté le 17/03/2011)

76. FRANCE.

Décret no 2010-1187 du 8 octobre 2010 modifiant le statut des internes et relatif aux étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie et aux stagiaires associés, NOR : SASH1009830D. JO du 10 Octobre 2010. [Document en ligne]

http://www.sihp.fr/Dossier/149/joe_20101010_0007%20statut%20internes.pdf

(Consulté le 17/03/2011)

77. DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009

Eudes et Résultats, 2010, 720, 8p.

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er720.pdf>

(Consulté le 17/03/2011)

78. AKTURK Z, SET T.

Family Medicine Specialty Training Posts in Turkey between 2001 and 2010: Despite Relative Increase Still Insuffisant.

Saglikta Nabiz Dergisi (Journal Saglikta Nabiz), 2010, 26, 42-45

79. ISNAR-IMG

Evolution de la formation de l'interne de médecine générale

Enquête nationale de l'ISNAR-IMG, 2007

80. BERQUIN A.

Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie.

Revue Médicale Suisse 2010, 6, 1511-1513

81. BASAK O.

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde alan eğitiminin yeri ve önemi

1. Ulusal Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Sempozyumu, 2009

La place et l'importance de la formation sur le terrain dans la formation en spécialité de médecine de famille. [Document en ligne]

1^{er} Symposium National sur la Formation en Spécialité de Médecine Générale, 2009.

<http://www.tahud.org.tr/bibem/toplantilar/aile-hekimligi-uzmanlik-egitiminde-alan-egitiminin-yeri-ve-onemi/2>

(Consulté le 5/03/2011)

82. FAYR-GP

(French Association of Young Researchers in General Practice)

<http://www.fayrgp.org/fr/>

(Consulté le 18/03/2011)

83. CADWALLADER J.S, POPPELIER A.

Les internes en médecine générale et la recherche en soins primaires

Congrès CNGE 2008, Angers

FAYR-GP

<http://www.med.univ-angers.fr/mq/IMG/pdf/95Cadwallader.pdf>

(Consulté le 18/03/2011)

84. DE POUVOURVILLE G.

Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : Propositions. [Document en ligne]

Rapport remis à Monsieur le Ministre de la Santé et à Monsieur le Ministre Délégué à la Recherche. 31 mai 2006

<http://extranet.inserm.fr/comites-d-interface/medecine-generale>

(Consulté le 14/03/2011)

85. COSSERAT J, GRIMALDI A.

La relation médecin-malade. Paris: Elsevier, 2004, 204 p.(EMC Références, Encyclopédie médico-chirurgicale)

86. BRENUCHOT S.

Psychodrame Balint pour les internes en médecine générale à Paris Descartes: étude qualitative. Thèse de doctorat en médecine Paris V: Université Paris Descartes, 2010, 135 p.

87. BUDOWSKI M, GAY B.

Comment former les futurs généralistes ? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine

Petite histoire américaine racontée par Kerr White en 1997

La Revue Exercer, 2005, 75, 142-144

88. T.C. SAGLIK BAKANLIGI

Saglik bakanligina bagli saglik tesisleri ve universitelere ait ilgili birimlerin birlikte kullanimi ve isbirligi usul ve esaslari hakkinda yonetmelik

Resmi Gazete sayi 27850, 18 Subat 2011

MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE TURQUE

Règlement concernant les procédures et les principes d'utilisation commune et de collaboration entre les établissements de santé dépendant du Ministère de la Santé et les unités liés aux universités

JO n°27850 du/ 18 Février 2011 [Document en ligne]

http://tahad.org/dosyalar/sb_universite_isbirligi_yonetmeligi_18022011.pdf

(Consulté le 10/03/2011)

89. GONENC I, TUZCULAR VURAL E.Z.

Ultrasonography in the family physician's office

Turkish Journal of Family Practice, 2002, 6, 2, pp 84-86

90. BURDILLAT M.

Avons-nous trop de medecins en France ?

Question de santé publique, 2010, 9, 1-4 [Document en ligne]

http://www.iresp.net/imgs/publications/100528173517_gspn-9-demographie-m.pdf

(Consulté le 11/03/2011)

91. JOUQUAN J.

L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale.

Pédagogie médicale 2002, 3, 38-52.

92- FRANCE.

Arrêté du 4 mars 1997 modifié par l'arrêté du 2 mai 2007 relatif à la

deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, NOR : MENS0002592A.

[Document en ligne]

http://www.medecine.uhp-nancy.fr/pages/2e_cycle/programmes/%20arretes_02_05_07.pdf

(Consulté la dernière fois le 15/03/2011)

93. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS.

Arrêté du 18 juin 2009 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, NOR : SASH0930634A

[Document en ligne]

http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-07/ste_20090007_0100_0109.pdf

(Consulté le 15/03/2011)

94. BASAK O, CEYHUN G, SAATCI E.

Academic family medicine and its developmental aspects: the Turkish experience

Turkish journal of family practice, 2005, 9, 4, pp174-182.

95. AMBROISE-THOMAS P.

La démographie médicale. Prévoir et maîtriser son évolution. Assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national.

Rapport au nom de la commission XVI (Exercice médical en milieu libéral) adopté le 17 Février 2009 par l'Académie nationale de Médecine.

[Document en ligne]

<http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=26&idLigne=1525>

(Consulté le 20/03/2011)

96. BAUDE N, FLACHER A, BOSSON J.L, MARCHAND O.

Soins primaires : crise et dynamique d'avenir. Les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale

Médecine, 2008, 4, 3, pp135-140.

RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS

Primary health care plays an essential role in a health care system and general practitioners (GP) are main actors. Quality of their training is the guarantee of efficient system that meets the needs of the community. European Union Directives aim at improving and harmonizing the specific training of GPs in order to facilitate their free movement. Turkey, a country in the middle of the process of accession to the European Union, is giving priority to develop the general medicine. We wanted to discover the training of Turkish family doctors in order to be able to identify similarities and differences between Turkey and France. A qualitative study was made by comparing the specific training of family practice residents in Izmir and in Nancy. Specializing in family medicine in Turkey is provided by two different structures: university and non-university. To be able to practice as a family doctor, the specialization is not mandatory. The overall organization of academic training in Smyrna, focused on theoretical teaching, internships and training in general medicine, is close to that of Nancy, in contrast to non-university training based only on internships in hospitals. At the Izmir University, intern students participate actively in training accompanied with a tutor and their evaluation is ongoing and systematic; the training puts more emphasis on the approach in medicine of first resort and on the research training. The internship in general medicine is longer than in Nancy, covering half of the course, but the context of learning is less adaptable. The creation of health training center and academic research is planned.

VU

NANCY, le 22 avril 2011

Le Président de Thèse

Professeur J. ROLAND

NANCY, le 22 avril 2011

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation,

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE / 3609

NANCY, le 29 avril 2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RESUME DE LA THESE EN FRANÇAIS ET EN TURC

Les soins de santé primaires occupent une place capitale dans le système de santé et les médecins généralistes en sont les principaux acteurs. La qualité de leur formation est la garantie d'un système efficace, répondant aux besoins de la communauté. Les directives européennes visent l'amélioration et l'harmonisation de la formation spécifique des médecins généralistes afin de faciliter leur libre circulation. La Turquie, étant dans un processus d'adhésion à l'Union Européenne, a mis la médecine générale au centre du système de santé. Nous avons voulu découvrir la formation spécifique des médecins de famille turcs, afin de déterminer les points communs et divergents avec la France en menant une étude qualitative sur la formation spécifique des internes en médecine générale à Izmir, que nous avons comparée à celle de Nancy. La spécialisation en médecine de famille en Turquie est assurée dans deux cadres différents : universitaire et non universitaire. Elle n'est pas obligatoire pour exercer en tant que médecin de famille. L'organisation globale de la formation universitaire smyrniote, axée sur un enseignement théorique, des stages hospitaliers et un stage de médecine générale, est proche de celle de Nancy, contrairement à la formation non universitaire reposant uniquement sur des stages hospitaliers. A la faculté d'Izmir, l'interne participe activement à sa formation, accompagné d'un tuteur, et fait l'objet d'une évaluation continue et systématisée; l'enseignement met davantage l'accent sur l'approche spécifique en médecine de 1^{er} recours, et la formation à la recherche ; le stage de médecine générale couvrant la moitié du cursus, est plus long qu'à Nancy, mais le contexte de l'apprentissage est moins adapté. La création d'un centre de santé de formation et de recherche universitaire à Izmir est prévue.

Temel sağlık hizmetlerinin sağlık sistemindeki yeri çok önemlidir ve bu hizmetleri sunan baş aktörler aile hekimleridir. Onların eğitiminin kalitesi, etkili ve toplumun ihtiyaçlarına cevap veren bir sağlık sisteminin garantisidir. Avrupa Birliği yönergeleri, aile hekimlerinin eğitimini iyileştirmeyi ve eğitimde standardizasyonu hedeflemektedir. Avrupa Birliği üyeliği sürecinde olan Türkiye, aile hekimliğini sağlık sisteminin merkezine yerleştirmiştir. Bu çalışmadaki amaç, Türk uzman aile hekimlerinin eğitimi ile Fransız aile hekimlerinin eğitiminin arasındaki benzerlikleri ve farklılıkları belirlemektir. Bu hedef doğrultusunda, İzmir'deki aile hekimliği uzmanlık eğitimi ile ilgili kalitatif bir araştırma yapıldı ve Nancy'nin eğitimiyle karşılaştırıldı. Sonuç olarak, Türkiye'de, aile hekimliği uzmanlık eğitiminin iki ayrı ortamda verildiği ortaya çıkmıştır: biri üniversitede, diğeri eğitim ve araştırma hastanelerinde. Bununla birlikte aile hekimi olarak çalışmak için uzmanlığın gerekli olmadığı da anlaşılmıştır. İzmir'de, üniversitedeki eğitim genel olarak Nancy'nin eğitimine yakındır. Her iki tarafta da eğitim 3 alanı kapsamaktadır : dış rotasyonlar, aile hekimliği rotasyonu ve kuramsal eğitim. Eğitim ve araştırma hastanelerinde verilen eğitim ise, sadece dış rotasyonlara dayanarak, Fransız sistemine uzaktır. İzmir'de, üniversite ortamında bulunan asistanlar, eğitimlerinde daha aktif bir rol oynamakta ; bir danışmanın gözetimi altında öğrenim görmekte; ayrıca sürekli ve sistematik bir şekilde değerlendirilmekte. Eğitim sırasında, birinci basamaktaki spesifik yaklaşım daha çok vurgulanmakta. Araştırmaya yönelik eğitim ise daha etkin. Aile hekimliği stajı, toplam eğitim süresinin yarısını kapsayarak, Nancy'den daha önemli bir yer tutmakta, fakat Nancy de olduğu gibi gerçek bir birinci basamak ortamında gerçekleşmemekte, ama üniversiteye ait bir eğitim ve araştırma aile sağlık merkezinin açılması projeler arasında yer almaktadır.

TITRE EN ANGLAIS: Family practice residents' training in Turkey: Comparison with France. Example of Izmir and Nancy.

THESE: MEDECINE GENERALE - ANNEE 2011

MOTS CLEFS: Formation initiale / internat de médecine générale / médecine générale en Turquie

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY cedex